

Carina Lahti

**HOITAJIEN KOKEMUKSIA AGGRESSIIVISESTI
KÄYTTÄYTYVIEN MUISTISAIRAIDEN KOHTAAMISESTA
PALVELUASUMISESSA**

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Huhtikuu 2018**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Huhtikuu 2018	Tekijä/tekijät Carina Lahti
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja		
Työn nimi HOITAJIEN KOKEMUKSIA AGGRESSIIVISESTI KÄYTTÄYTYVIEN MUISTISAIRAIDEN KOHTAAMISESTA PALVELUASUMISESSA		
Työn ohjaaja Anne Prest, lehtori, TtM		Sivumäärä 35 + 17
Työelämäohjaaja Palveluesimies		
<p>Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia aggressiivisesti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisesta palveluasumisessa. Tavoitteena oli, että opinnäytetyöni tulokset herättävät hoitajia ennakoimaan tilanteita ja pohtimaan omia taitojaan aggressiivisesti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisessa. Opinnäytetyöni lähestymistapa oli laadullinen. Aineiston keruu toteutettiin teemahaastatteluilla. Tutkimukseen haastateltiin viittä (n=5) tehostetun palveluasumisen hoitajaa Soiten alueella joulukuussa 2017. Palveluasumisyksikön nimeä ei mainita opinnäytetyössä muistisairaiden tunnistamattomuuden turvaamiseksi. Tulokset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Opinnäytetyöni tulokset osoittivat, että muistisairailla esiintyi fyysistä ja verbaalista aggressiivisuutta hoitajien kokemana. Muistisairaahan aggressiivinen käyttäytyminen liittyi hänen epämiellyttäviksi kokemiinsa tilanteisiin. Kohdatessaan aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaahan hoitajat pyrkivät vahvistamaan muistisairaahan turvallisuuden tunnetta. Hoitajat ylläpitivät omaa taitoaan kohdata aggressiivisesti käyttäytyviä muistisairaita huolehtimalla omasta jaksamisestaan ja osaamisestaan.</p> <p>Johtopäätöksinä voidaan todeta, että muistisairailla esiintyy fyysistä ja verbaalista aggressiivisuutta heidän kokiessaan turvattomuuden tunnetta. Hoitajat voivat vahvistaa muistisairaahan turvallisuuden tunnetta rauhallisella lähestymistavalla, arvostavalla kohtaamisella ja aidolla läsnäololla. Muistisairaahan yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen huomioiminen edellyttää tietoja hänen elämänsähistoriastaan. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa voitaisiin hyödyntää nykyistä enemmän muistisairaahan hoidon suunnittelussa ja aggressiivisuutta lisäävien tilanteiden ennaltaehkäisyssä. Hoitajien oma hyvinvointi ja osaaminen vaikuttavat heidän kykyynsä kohdata aggressiivisesti käyttäytyviä muistisairaita.</p> <p>Opinnäytetyöni tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa muistisairaiden parissa palveluasumisessa työskenteleville hoitajille lisäkoulutusta, jonka avulla he voivat ylläpitää ammattitaitoaan ja kehittää työtapojaan. Opinnäytetyöni tuloksista voi olla apua myös pohdittaessa hoitajien työn kuormittavuutta ja kehitettäessä hoitajien ja muistisairaiden yhteistyön sujuvuutta.</p>		
Asiasanat Aggressiivisuus, etenevä muistisairaus, hoitaja, kohtaaminen, käytösoire, palveluasuminen		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date April 2018	Author Carina Lahti
Degree programme Degree programme in nursing		
Name of thesis NURSES' EXPERIENCES ON ENCOUNTERING AGGRESSIVELY BEHAVING PATIENTS WITH DEMENTIA IN SHELTERED ACCOMMODATION		
Instructor Anne Prest, Lecturer, Master of Health Science		Pages 35 + 17
Supervisor Service supervisor		
<p>The purpose of my thesis was to describe nurse's experiences on encountering aggressively behaving patients with dementia in sheltered accommodation. Aim of my thesis was that the results would inspire the nurses to anticipate situations and reflect their skills on encountering aggressively behaving patients with dementia. Method of the thesis was qualitative. The material was collected by theme interviews. Five (n=5) nurses from an intensified sheltered accommodation in Soite area were interviewed for the research in December 2017. To protect the patients' anonymity sheltered accommodation's name will not be published in this thesis. The material was analyzed by using inductive content analysis.</p> <p>According to the results of my thesis nurses have experienced physical and verbal aggressive behavior among patients with dementia. Aggressive behavior in patients with dementia is prevalent in dysphoric situations. Nurses aim to strengthen the sense of security for patients with dementia, when encountering aggressive behavior. Nurses maintain their skills in encountering aggressively behaving patients by taking care of their own coping and competence.</p> <p>In conclusion, physical and verbal aggression occur, when patients with dementia feel insecurity. Nurses can strengthen the sense of security for patients with dementia by calm and constructive approach, respectful encountering and by being present and concentrating on the interaction. Knowledge of the patient's life history enables the staff to consider patient's individual needs and abilities. Care plans could be utilized more in planning everyday care for patient with dementia and in preventing situations which increase aggressive behavior. Nurses' own well-being and competence affect their ability on encountering aggressively behaving patients with dementia.</p> <p>The results of my thesis can be used in planning education for nurses taking care of patients with dementia in sheltered accommodation. With the help of education, nurses can maintain their professional skills and improve their working methods. The results of my thesis can also be utilized when reflecting nurse's workload and enhancing fluency of collaboration between nurses and patients with dementia.</p>		
Key words Aggression, behavioural disorder, encountering, nurse, progressive memory loss, sheltered accommodation		

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 MUISTISAIRAAN KÄYTTÄYTYMINEN JA KÄYTÖSOIREET	2
2.1 Etenevä muistisairaus	2
2.2 Muistisairauteen liittyvät käytösoireet.....	5
2.3 Aggressiivisesti käyttäytyvä muistisairas.....	7
3 AGGRESSIIVISESTI KÄYTTÄYTYVÄN MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN	9
3.1 Palveluasuminen muistisairaassa elinympäristönä	9
3.2 Vuorovaikutus ja turvallisuuden tunteen luominen.....	10
3.3 Elämänlaadun ja ympäristön huomioiminen palveluasumisessa.....	12
3.4 Hoitajien osaaminen ja jaksaminen muistisairaassa kohtaamistilanteissa.....	14
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	18
5.1 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus	18
5.2 Laadullinen tutkimus	19
5.3 Aineiston keruu	19
5.4 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.....	21
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	23
6.1 Muistisairaille esiintyvä aggressiivinen käytös hoitajien kokemana	23
6.2 Muistisairaassa aggressiiviseen käyttäytymiseen liittyvät tilanteet	23
6.3 Aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaassa kohtaaminen	24
6.4 Hoitajien tapoja ylläpitää omia taitojaan kohdata aggressiivisesti käyttäytyviä muistisairaita.....	25
7 LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA	27
7.1 Luotettavuus.....	27
7.2 Eettisyys	28
8 POHDINTA	30
8.1 Opinnäytetyön eteneminen	30
8.2 Tulosten tarkastelu	32
8.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet	33
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	35
LÄHTEET	36
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Muistisairaudet yleistyvät väestön ikääntyessä. Maailmanlaajuisesti muistisairaita arvioitiin vuonna 2015 olevan noin 46,8 miljoonaa. Lukumäärän odotetaan kolminkertaistuvan vuoteen 2050 mennessä. (Alzheimer's Disease International 2015.) Suomessa muistisairaita arvioidaan olevan tällä hetkellä noin 190 000. Muistisairauteen on arvioitu sairastuvan vuosittain 14 500 henkilöä. (THL 2018.) Ikääntyneiden palveluissa on turvattava riittävä geriatrinen ja gerontologinen osaaminen sekä konsultaatiomahdollisuudet, jotta voidaan varmistaa heidän selvitettyjen tarpeidensa mukainen hoito ja huolenpito sekä lisätä asiakas- ja potilasturvallisuutta (STM 2017, 19). Gerontologia on ikääntymistä ja ikääntyneitä laaja-alaisesti tutkiva tieteenala. Geriatria taas on kliinisen lääketieteen alue, joka tutkii ikääntyneiden sairauksia, niiden hoitoa ja kuntoutumista edistävää toimintaa. (Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen 2009, 15.) Geriatrinen osaaminen luo merkittävän tietopohjan gerontologiselle hoitotyölle. (Tarhonen 2013, 61).

Muistisairaista jopa 90 %:lla esiintyy käytösoireita, jotka voivat olla ohimeneviä tai kestää jopa vuosia. Käytösoireiden syy tulee selvittää ja hoitolinja valita sen perusteella. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.) Muistisairaahan ihmisen hyvä kohtaaminen edellyttää hoitajan kykyä aitoon vuorovaikutukseen. Hyvä kohtaaminen on arvostavaa, kunnioittavaa ja tasavertaista. Muistisairaahan elämänhistorian, tapojen ja tottumusten tunteminen ja huomioiminen päivittäisissä toimissa lisäävät turvallisuuden tunnetta. Lisäksi hoitajilla tulee olla erityisosaamista muistisairauksista sekä taitoa valita oikeat auttamismenetelmät. Muistisairaahan kohtaamisessa korostuu myös kehon kieli ja sanaton viestintä. Haastavien tilanteiden havainnointi ja kirjaaminen auttavat hoitajia ymmärtämään millaiset tapahtumat saattavat johtaa tilanteen kärjistymiseen aggressiivisuudeksi. (Muistiliitto 2016, 35, 46.)

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia aggressiivisesti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisesta palveluasumisessa. Tavoitteena on, että opinnäytetyön tulokset herättävät hoitajia ennakoimaan tilanteita ja pohtimaan omia taitojaan aggressiivisesti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisessa. Opinnäytetyöni aihe valikoitui työelämän tarpeesta ja omasta kiinnostuksesta muistisairaiden kohtaamiseen. Aiheesta on jo entuudestaan olemassa paljon tutkimuksia, mutta sitä ei ollut aiemmin tutkittu kyseisessä yksikössä. Opinnäytetyöni keskeiset käsitteet ovat aggressiivisuus, etenevä muistisairaus, hoitaja, kohtaaminen, käytösoire ja palveluasuminen. Näitä käsitteitä avaan tarkemmin opinnäytetyöni tietoperustassa.

2 MUISTISAIRAAN KÄYTTÄYTYMINEN JA KÄYTÖSOIREET

Muistisairas-käsitteellä tarkoitan tässä opinnäytetyössä muistisairasta ihmistä, joka on asukkaana tehostetussa palveluasumisyksikössä. Palveluasuminen on lakisääteinen asumispalvelu, joka kunnan tulee järjestää paljon apua, hoivaa ja valvontaa tarvitseville. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. Muistisairaus muuttaa ihmisen käyttäytymistä. Käyttäytymisen haitallisia muutoksia kutsutaan käytösoireiksi. Käytösoireinen muistisairas kokee käyttäytyvänsä järkevästi eikä ymmärrä, miksi häntä rajoitetaan.

2.1 Etenevä muistisairaus

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn toimintoja. Tiedonkäsittelyn eli kognition osa-alueita ovat kielelliset toiminnot, näönvarainen hahmottaminen ja toiminnanohjaus. Etenevä muistisairaus johtaa usein kognition vaikea-asteiseen heikentymiseen eli dementiaan. Dementia on oireyhtymä, joka vaikeuttaa itsenäistä selviytymistä päivittäisissä toimissa ja sosiaalisissa suhteissa. (Erkinjuntti 2011.) Muistisairauden eteneminen on yksilöllistä, ja sen vuoksi tyypillisten oireiden ilmaantumisen ennustaminen on vaikeaa (Hallikainen 2014, 45). Muistisairaudet ilmenevät eri ihmisillä eri tavoin riippuen henkilön aiemmasta persoonallisuudesta ja sairauden vaikutuksista. Eri tyyppisten muistisairauksien rajat ovat häilyviä ja sekamuodot ovat yleisiä. (WHO 2012, 7.) Kaikista muistisairauksista noin 70 % on tyypillistä muistioireisiin painottuvaa tautimuotoa. Epätyypilliseen muotoon kuuluvat hahmottamisen, puheen ja toiminnan ohjauksen ongelmat. Vähintään puolella Alzheimerin tautia sairastavista yli 80-vuotiaista on lisäksi aivoverenkiertosairaus eli kyseessä on sekatyypinen muoto. (Hallikainen 2017, 226–229.) Muistisairaus vaikuttaa eniten ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon tarpeeseen. (STM 2012, 12).

Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden muistisairaus, Parkinsonin taudin muistisairaus, Lewyn kappale -tauti ja Otsa-ohimolohkon rappeumat (Hallikainen 2014, 45). Suomalaiseen tautiperimään kuuluu lisäksi harvinaisempia, usein jo työiässä alkavia muistisairauksia, kuten verisuoniperäinen CADASIL-tauti (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy) sekä Hakolan tauti ja Huntingtonin tauti, joissa on otsalohkotyyppinen oireisto (Juva & Pöyhönen 2017).

Yleisin etenevä muistisairaus on Alzheimerin tauti. Se on hitaasti ja tasaisesti etenevä, aivoja rappeuttava sairaus. Arvioiden mukaan aivomuutoksia alkaa kehittyä jo 20–30 vuotta ennen ensimmäisten oireiden ilmaantumista. (Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 120.) Taudin varsinaista syytä ei tunneta, mutta tiedetään, että aivoissa tapahtuu hermoratoja ja aivosoluja vaurioittavia muutoksia, jotka heikentävät muistia ja tiedonkäsittelyä. Vaurio alkaa aivojen ohimolohkojen sisäosista ja leviää taudin edetessä laajemmin aivokuorelle. (Juva 2015.) Alzheimerin taudille tyypillisiä aivoissa tapahtuvia muutoksia ovat hermosolujen ulkopuoliset valkuaisainekasaumat eli amyloidiplakit ja hermosolujen sisäiset valkuaisainekasaumat eli neurofibrillivyyhdit (Hallikainen 2014, 264).

Alzheimerin taudin eteneminen jaetaan neljään eri vaiheeseen. Varhaisessa vaiheessa aivojen aineenvaihdunta ja verenkierto ovat heikentyneet muistin kannalta tärkeällä ohimolohkon alueella. Sairastuneella esiintyy muistioireita ja uuden oppimisen heikkenemistä. Sairastunut saattaa vielä selviytyä päivittäisistä toimistaan ilman apua, mutta tutuissakin tehtävissä voi esiintyä epävarmuutta ja hidastumista. Lievässä vaiheessa isoaivojen sisäosista aivokuorelle tulevat yhteydet kytkeytyvät irti, minkä vuoksi oireet vaikeutuvat ja alkavat haitata päivittäistä toimintaa. Sairastuneella alkaa olla ongelmia kielellisissä toiminnoissa, hahmotuksessa ja toiminnanohjauksessa. Sairastunut on vielä yleensä hyvässä fyysisessä kunnossa. Keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa ohimolohkojen sisäosat ovat lähes täysin tuhoutuneet. Keskivaikeassa vaiheessa arkiaskareet eivät enää välttämättä onnistu ilman apua. Näönvarainen hahmottaminen ja puheen tuottaminen vaikeutuvat huomattavasti. Menneisyys ja muistot sekoittuvat nykyhetkeen. Vaikeassa vaiheessa perustoiminnot eivät enää onnistu ilman apua. (Hallikainen 2014, 265–266; Erkinjuntti 2016.)

Toiseksi yleisin etenevä muistisairaus on aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttama eli vaskulaarinen muistisairaus, jonka päätyyppejä ovat pienten suonten tauti ja suurten suonten tauti. (Erkinjuntti, Melkas & Jokinen 2014, 275 – 276). Vaskulaarisen muistisairauden taustalla on samoja syitä kuin sydän- ja verisuonisairauksien taustalla. Riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine, ylipaino, alkoholi, tupakointi, vähäinen liikunta, diabetes ja korkea kolesterolitaso. Vaskulaarisen muistisairauden aiheuttajana voi olla yksi tai useampi aivoinfarkti, aivoverenvuoto tai aivojen syvien osien eli valkean aineen hapenpuutteesta johtuvat vauriot. Oireet alkavat nopeasti ja voivat vaihdella riippuen siitä, missä aivojen osassa puutosalueet sijaitsevat ja miten niiden koko vaihtelee. (Atula 2015b.) Pienten suonten tauti aiheutuu aivokuoren alaisten pienten valtimoiden kapeutumisesta ja ahtautumisesta. Oireina on liikkeiden hitautta ja jähmyyttä, puheen puuroutumista sekä kävelyvaikeuksia. Suurten suonten taudissa aivo- ja sydänperäisistä syistä johtuvat suurten aivoverisuonten tukokset saavat aikaan aivojen kuorikerroksella hapenpuutteesta kärsiviä kuolioalueita. Sairaus aiheuttaa muistihäiriöiden lisäksi toispuoleisia

halvauksia, näkökenttäpuutoksia, puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeuksia sekä hahmottamishäiriöitä. (Härmä & Juva 2013b, 5.)

Parkinsonin taudin dementian yleisimpänä syynä on hermosolujen sisäisten kertymien eli ns. Lewyn kappaleiden, kehittyminen aivokuoren alueelle. Tämä johtaa dopamiini-välittäjäaineen vähenemiseen ja myös muutoksiin muissa välittäjäainejärjestelmissä. Nämä muutokset heikentävät tarkkaavaisuutta, vireystilaa ja mielialaa sekä aiheuttavat unihäiriöitä. (Suhonen & Martikainen 2012, 4.) Lewyn kappale-taudin keskeisiä piirteitä ovat vireystilan muutosten lisäksi näköharhat. Taudin tyypillisiin oireisiin kuuluu myös REM-uneen liittyvä poikkeuksellinen aggressiivinen käyttäytyminen, jota voi ilmetä jo vuosia ennen sairauden puhkeamista. Lewyn kappale -tautiin kuuluu myös Parkinsonin taudin piirteitä, kuten liikkeiden hidastumista, jäykkyyttä ja kävelyhäiriöitä. (Atula 2015a.)

Otsa-ohimolohkorappeumat jaetaan kolmeen päätyyppiin. Otsa-ohimolohkodementian oireita ovat käyttäytymiseen ja kognitioon liittyvät muutokset, kuten persoonallisuusmuutokset ja toiminnanohjauksen heikentyminen. Etenevässä sujumattomassa afasiassa ja semanttisessa dementiaassa esiintyy puheentuoton vähenemistä tai puheen sisällön ja merkityksen puuttumista. (Martikainen 2016.) Sairaus voi olla perinnöllinen, kuten geenivirheestä johtuva Hakolan tauti tai Huntingtonin tauti, mutta se voi kehittyä myös otsalohkoon kohdistuneen vamman tai aivoverenvuodon seurauksena. (Härmä & Juva 2013a, 3–4.) Otsa-ohimolohkon rappeuma aiheuttaa estottomuutta ja tahdittomuutta, joka saattaa ilmetä esimerkiksi seksuaalisina puheina tai tekoina (Remes, Haanpää, Suhonen, Jutila & Solje 2018). Sairaudentunto puuttuu yleensä alusta asti. Sairastunut saattaa toimia täysin sosiaalisten normien vastaisesti ilman, että se häiritsee häntä itseään. (Härmä & Juva 2013a, 5.)

Muistisairaudelle altistavia tekijöitä ovat sydän- ja verisuonisairaudet, tupakointi, diabetes ja kohonnut kolesteroli. Lisäksi tutkimuksissa on löytynyt viitteitä valtimonkovettumataudille ja Alzheimerin taudille altistavasta ApoE 4 -geenistä, jonka esiintyvyyteen liittyy kohonnut verenpaine, ylipaino ja metabolinen oireyhtymä. (WHO 2012, 29.) Keski-iässä ilmenevän insuliiniresistenssin on suomalaistutkimuksessa osoitettu lisäävän erityisesti riskiä sairastua myöhemmässä vaiheessa Alzheimerin tautiin. Insuliiniresistenssiä kutsutaan myös esidiabetekseksi, ja se edeltää tyypin 2 diabeteksen puhkeamista. Insuliiniresistenssiin liittyy keskivartalolihavuutta ja heikompa suorituskyky kielellistä lahjakkuutta vaativista tehtävistä. (Ekblad 2018, 85–86.) Ruotsalaistutkimuksen mukaan etenkin yksinäisyyden kokemus puolison menettämisen jälkeen, toivottomuus ja masentuneisuus aiheuttavat usein terveellisten elintapojen laiminlyöntiä ja lisäävät riskiä sairastua

muistisairauteen. Myös unen puutteella ja laadun heikkenemisellä on todettu olevan yhteyttä muistisairauteen. (Häkansson 2016, 60–61.)

Muisti on aivojen hermoverkkojen laajaan yhteistoimintaan perustuva monimutkainen älyllinen toiminto. Muistioireiden syntymiseen vaikuttavat vauriot tiedonkäsittelyn kannalta kriittisellä aivoalueella sekä aivojen aineenvaihdunnan, hermosolujen ja hermoverkkojen häiriöt. Muistioireiden taustalla voi olla aivoverenkiertosaigus, aivovamma, tulehduksellinen aivosairaus tai alkoholiin liittyvä aivovaurio. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.) Muistisairauden ensivaiheen karkeassa arvioinnissa käytetään MMSE-testiä (Mini Mental State Examination), jonka avulla arvioidaan orientaatiota aikaan ja paikkaan, keskittymistä, muistia, kielellisiä toimintoja ja visuaalista hahmottamista (Hänninen 2014, 39). Virallisen muistisairausdiagnoosin saa vasta CERAD-muistitestin (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease), laboratoriotestien ja aivojen magneettikuvauksen jälkeen (Moilanen 2017, 10).

Etenevä muistisairaus on avainkäsite opinnäytetyössäni, koska tutkimuskysymykseni käsittelevät muistisairaahan käyttäytymistä. Muistisairaahan käytösoireet johtuvat etenevän muistisairaahan aiheuttamista aivomuutoksista.

2.2 Muistisairauteen liittyvät käytösoireet

Käyttäytymisen muutoksia esiintyy kaikissa muistisairauksissa ja kaikissa niiden vaiheissa. Käyttäytymisen muutoksiin vaikuttavat muutokset aivojen toiminnassa, perinnölliset tekijät ja persoonallisuus, muut sairaudet ja lääkehoito sekä ihmissuhteet. Sairaahan aiheuttamien muutosten ymmärtäminen auttaa läheisiä ja muita hoitoon osallistuvia henkilöitä suhtautumaan muistisairaahan muuttuneeseen käyttäytymiseen. (Vataja 2017, 54–55.) Käytösoireilla tarkoitetaan muistisairaahan haitallisia psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen muutoksia. Tavallisimpia psykologisia oireita ovat masennus, ahdistuneisuus, apatia, persoonallisuuden muutokset ja uni-valverytmin häiriöt. Muistisairauteen liittyviä käytösoireita ovat esimerkiksi levottomuus, vaeltelu, yliseksuaalisuus ja syömishäiriöt. (Vataja & Koponen 2015, 90.) Käytösoireet voivat aiheuttaa vaaratilanteita muistisairaalle itselleen ja muille hänen lähipiirissään oleville (Muistipotilaiden käytösoireet: Käypä hoito -suositus 2016). Muistisairauteen liittyvistä käytösoireista käytetään hoitotieteessä myös nimityksiä käytöshäiriö, haasteellinen käyttäytyminen ja häiritsevä käyttäytyminen (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 17–18).

Lähes jokaisella muistisairaalla on jossain taudin vaiheessa käytösoireita. Esimerkiksi Alzheimerin taudin taudinkuvaan kuuluu jo varhaisessa vaiheessa univaikeuksia, ärtyneisyyttä, ahdistuneisuutta ja masennusta. Taudin edetessä lievään vaiheeseen ärtyvyys lisääntyy ja lisäksi muistisairaalla alkaa ilmetä harhaluuloisuutta. Keskivaikeassa vaiheessa uni-valverytmin häiriöt lisääntyvät, ilmenee vaeltelua ja levottomuutta sekä hallusinaatioita. Vaikeassa vaiheessa muistisairaalla on levottomuutta ja aggressiivisuutta, poikkeavaa motorista käytöstä ja karkailua. (Hallikainen 2017, 225–233.) Käytösoireita laukaisevia tekijöitä ovat tutkimustiedon mukaan muistisairaahan kokemaa huonovointisuutta tai paha olo. Taustalla on esimerkiksi toiminnan puuttuminen arjesta ja pääasiassa olemisesta koostuva päivän sisältö. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 107.)

Käytösoireet esiintyvät yleensä yksittäisen oireen sijasta oireryppäinä. Masennukseen liittyy tyypillisesti ahdistuneisuutta. Apatia, johon liittyy tunne-elämän latistumista, välinpitämättömyyttä ja aloitekyvyttömyyttä, voi olla osa masennusta tai esiintyä itsenäisenä oireena. Levottomuudella eli agitaatiolla tarkoitetaan epätarkoituksenmukaista aggressiivista, motorista tai äänen käyttöön liittyvää käyttäytymistä. Uni-valverytmin häiriöiden taustalla on usein ahdistuneisuus-, masennus- tai levottomuusoireita. Muistisairaiden käytösoireet vaikeutuvat yleensä alkuyöstä tai pimeään vuorokaudenaikaan, mitä kutsutaan auringonlaskuilmiksi. (Vataja & Koponen 2015, 91–94.) Kansainvälisissä tutkimuksissa on osoitettu unihäiriöiden altistavan kognitiivisille häiriöille. Uni-valverytmin häiriöt voivat liittyä unen laatuun tai määrään. Haitalliseksi on todettu sekä liian vähäinen että liian suuri unen määrä. (Miller 2015.)

Muistisairaat ovat muita alttiimpia akuutille sekavuustilalle eli deliriumille (Hölttä 2017, 13.) Deliriumilla tarkoitetaan äkillistä aivotoiminnan häiriötä. Delirium johtuu jonkin ruumiillisen häiriön suorista fysiologisista seurauksista. Deliriumin aiheuttajana voi olla esimerkiksi infektio, tietyt lääkkeet tai trauma. (Laurila, Pitkälä & Erkinjuntti 2015, 218.) Sekavuusoireyhtymä syntyy aivojen hapetuksen ja aineenvaihdunnan häiriintyessä. Erityisen alttiita häiriöille ovat etenevää muistisairautta sairastavat, monisairaat ja monilääkityt sekä leikkaus- ja tehohoitopotilaat. Tuntematon paikka, tuntemattomat ihmiset ja epävarmuus tilanteesta lisäävät sekavuutta. Pelko aiheuttaa usein aggressiivisuutta. Pyrkimällä vähentämään hoitopaikan ja hoitohenkilökunnan vaihtuvuutta voidaan rauhoittaa tilannetta. Läheisten tai tutun hoitajan läsnäolo tuo turvallisuudentunnetta. (Laurila 2015.) Akuuttia deliriumia tulisi epäillä, jos muistisairaalla on äkillisiä psykoottisia oireita, kuten harhaluuloisuutta tai hiljaisessa deliriumissa apatiaa. Deliriumin aiheuttajan tunnistaminen ja hoito on tärkeä aloittaa nopeasti, koska hoitamattomana sen ennuste on huono. (Hölttä 2017, 90.)

Käyttösoire käsitteenä liittyy opinnäytetyöhöni siten, että tutkimuskysymyksiini sisältyy muistisairaahan aggressiivinen käyttäytyminen. Käyttösoireiden rajoittaminen saattaa johtaa muistisairaahan aggressiiviseen käyttäytymiseen, ja aggressiivisuus sinänsä on myös käyttösoire.

2.3 Aggressiivisesti käyttäytyvä muistisairas

Aggressiivisuus määritellään uhkaavaksi tai hyökkääväksi käyttäytymiseksi, jonka tarkoituksena on vahingoittaa toisia ihmisiä tai ympäristöä (Viemerö 2006, 19). Muistisairailla esiintyy joskus aggressiivista käyttäytymistä, joka voi olla verbaalista, kuten kiroileminen, huutaminen ja uhkailu tai fyysistä, kuten lyöminen, raapiminen, sylkeminen, pureminen ja hiuksista vetäminen. (Alzheimer's society 2018.) Ruotsalaisessa tutkimuksessa todettiin muistisairailla esiintyvän aggressiivisuuden ilmenevän esimerkiksi potkimisena, lyömisenä ja huutamisena. Aggressiivisuuden todettiin aiheuttavan sekä fyysistä että psyykkistä vahinkoa ja lisäävän vihaisuutta, stressiä ja masentuneisuutta. (Holst & Skär 2017.)

Alzheimerin tauti etenee lievästä muodosta keskivaikeaan ja vaikeaan muotoon. Lievässä muodossa aggressiivisuudelle löytyy yleensä laukaiseva tekijä, kuten epäarvostava kohtelu tai toimenpiteet, joita muistisairas ei ymmärrä. Keskivaikeassa muodossa sairastuneelle voi tulla harhoja ja päivittäiset toiminnot vaikeutuvat. Vaikeassa muodossa puhekyky ja puheen ymmärtäminen ovat huomattavasti heikentyneet tai kadonneet kokonaan. Sairastunut ei enää suoriudu päivittäisistä toiminnoista. (Remes & Hallikainen 2016.) Hollantilaistutkimuksessa vertailtiin varhain alkavaa muistisairautta sairastavien (alle 65- vuotiaana todettu muistisairaus) ja myöhään alkavaa muistisairautta sairastavien käyttöoireita. Tutkimuksen tulokset osoittivat myöhään alkavaa muistisairautta sairastavilla esiintyvän enemmän verbaalista aggressiivisuutta kuin varhain alkavaa muistisairautta sairastavilla. (Appelhof, Bakker, Van Duinen-van den Ijssel, Zwijsen, Smalbrugge, Verhey, de Vugt, Zuidema & Koopmans 2018, 4.)

Henkilön yksilölliset persoonallisuudenpiirteet vaikuttavat siihen, miten hän selviytyy muistisairaana. Esimerkiksi epäluuloisuuden ja itsekeskeisyyden on todettu vaikeuttavan hoitoa. Epäsosiaalisuuden ja epävakaa persoonallisuuden on todettu lisäävän aggressiivisuutta. (Vataja 2014, 47–48.) Muistisairailla esiintyy aggressiivisuutta ja häiritsevää käyttäytymistä yleensä tilanteissa, joissa he kokevat olonsa epämiellyttäväksi (Lindbo, Gustafsson, Isaksson, Sandman & Lövheim 2017). Aggressiivinen käyttäytyminen lisääntyy usein muistisairauden edetessä ja laitoshoitoon siirryttäessä. Riskitekijöinä

ovat varhain alkanut muistisairaus, miessukupuoli, harhaluulot ja masennus. Harhaluuloisen muistisairaahan aggressiivisuus on usein vakavaa ja saattaa olla hengenvaarallista, kun hän puolustautuu kuvittelemaansa uhkaa vastaan. (Vataja & Koponen 2015, 93.)

Aggressiivisen käyttäytymisen syy tulisi aina selvittää. Muistisairaahan vihamielisyyden ja kiukunpurkausten takana voi olla esimerkiksi uhan kokeminen, pelko, epämukavuuden tunne tai kipu. Myös hoitavan henkilön toiminta, kuten kiirehtiminen, liian monet yhtäaikaista tapahtumia ja pakottaminen saattavat aiheuttaa aggressiivista käyttäytymistä. (Mönkäre 2017, 49–50.) Ruotsalaistutkimuksen mukaan fyysistä aggressiivisuutta esiintyy kaikissa muistisairauksissa. Eniten fyysistä aggressiivisuutta on Alzheimerin tautia sairastavilla. Otsalohkorappeumaa sairastavilla fyysinen aggressiivisuus ilmenee raaempana ja odottamattomammin kuin Alzheimerin tautia sairastavilla. Alzheimerin tautia ja/tai vaskulaarista dementiaa sairastavilla ilmenee eniten aggressiivisuutta yleensä tilanteissa, joihin liittyy pelkoa ja henkilökohtaisen reviirin rikkomista, kuten intiimialueen hoitoa. (Lilljegen, Landqvist, Waldö & Englund 2017, 4–5.)

Norjalaisissa palvelutaloissa tehdyn tutkimuksen tulokset osoittivat, että harhaluuloisuuden ja psykoottisuuden taustalla on usein muistisairaahan hoitamaton kipu. Opioidien käytön ei todettu lisäävän harhaluuloisuutta. Tehokkaan kivunhoidon todettiin vähentäneen aggressiivista käyttäytymistä. (Habiger, Flo, Achtenberg & Husebo 2016, 7.) Muistisairaus vaikuttaa sekä kivun kokemiseen että kykyyn ilmaista kivun tunteita. Kipu saattaa ilmetä muuttuneena käyttäytymisenä, kuten sekavuutena, kiihtyneisyytenä tai aggressiivisuutena. (Hallikainen & Nukari 2017, 156.) Muistisairauden edetessä kivun tunnistaminen ja kivun vaikeusasteen arviointi on haastavaa. Muistisairas ei aina itse tunnista kipuaan. Kivun hoito ei aina ole riittävää, vaikka oire olisi tunnistettu. Kivun tunnusmerkkejä voivat ovat kasvojen kireä ilme, valittava ääntely, liikkumisen poikkeavuus ja käytöksen muutos. (Finne-Soveri 2015.)

Aggressiivisuus on opinnäytetyöni tärkein keskeinen käsite, sillä se sisältyy kaikkiin tutkimuskysymyksiini. Muistisairaahan aggressiivisuudesta aiheutuu vaaratilanteita ja aggressiivisuus kuormittaa muistisairasta itseään, hänen läheisiään ja hoitohenkilökuntaa. Aggressiivisuutta on mahdollista ennaltaehkäistä selvittämällä, mistä se johtuu ja vähentämällä sitä aiheuttavia tekijöitä.

3 AGGRESSIIVISESTI KÄYTTÄYTYVÄN MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN

Muistisairaahan kohtaamisessa on tärkeää olla ihminen ihmiselle. Kohtaamiseen sisältyy sanallista ja sanatonta vuorovaikutusta. Toimiva vuorovaikutus muistisairaahan kanssa on arvostavaa, rauhallista ja joustavaa. Kohtaamisen laatuun vaikuttaa hoitajan asenne. Hoitajan kielteinen suhtautuminen käytösoireisiin voi aiheuttaa tai lisätä muistisairaahan aggressiivista käyttäytymistä. Muistisairaahan muuttunut käyttäytyminen tulisi nähdä viestinä hänen tunteistaan ja tarpeistaan. Hoitajan osaaminen ja jaksaminen vaikuttaa hänen asenteeseensa ja kykyynsä kohdata muistisairaita. Koulutettu ja hyvinvoiva hoitaja jaksaa suhtautua ymmärtäväisesti muistisairaisiin. Kohtaamisella voidaan vaikuttaa turvallisuuden tunteeseen. Ymmärtämällä käytösoireet muistisairaahan tunteista ja tarpeista kertovina viesteinä ja vastaamalla niihin voidaan vähentää muistisairaahan aggressiivista käyttäytymistä. Kohtaaminen on yksi keskeinen käsite opinnäytetyössäni, koska opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia aggressiivisen muistisairaahan kohtaamisesta palveluasumisessa.

3.1 Palveluasuminen muistisairaahan elinympäristönä

Palveluasumisella tarkoitetaan kokonaisuutta, johon sisältyvät asunto ja asumiseen liittyvät palvelut, kuten hoiva- ja hoitopalvelut, ateriapalvelut ja siivouspalvelut. Tavallisessa palveluasumisessa henkilökuntaa on paikalla päivisin. Tehostetussa palveluasumisessa palveluja järjestetään asukkaan tarpeen mukaan ja henkilökuntaa on paikalla ympärivuorokautisesti. Aukkaat maksavat asunnostaan vuokran ja palveluista peritään asiakasmaksuja. (Kuntaliitto 2017.) Tehostetun palveluasumisen tuottajana voi olla kunta, yksityinen yrittäjä tai järjestö. Kunta valvoo itse järjestämiään tai ostamiaan palveluita. Valtakunnallisesti asumispalvelujen valvontaa toteuttavat Sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto Valvira sekä aluehallintovirastot. (STM.) Tehostetun palveluasumisen asiakasmäärä on ollut kasvussa koko 2000-luvun ajan. Vuoden 2016 lopussa tehostetun palveluasumisen asiakkaita oli kaikkiaan 42 161. (THL 2017.)

Laadukkaan palveluasumisen hoidon tavoitteena on ihmisen hyvä elämänlaatu ja arvokas kuolema. Aukkaisten terveydentilaa, toimintakykyä ja voimavaroja arvioidaan säännöllisesti. Hoitajat seuraavat asukkaisten vointia päivittäin ja lääkäri käy arvioimassa asukkaisten terveydentilaa sovituin väliajoin. Muistisairaahan toimintakykyä ja kuntoutumista ylläpidetään ja edistetään tunnistamalla ja tukemalla hänen voimavarojaan ja hänelle ominaisia tapoja toimia. Yksilöllisellä hoidon suunnittelulla voidaan

tukea muistisairaahan käytösoireiden hallintaa ja sairauksien hyvää hoitoa sekä hyvää palliatiivista ja saattohoitoa. (Hyvä ympärivuorokautinen hoito: Käypä hoito -suositus 2016.)

Käsitteenä palveluasuminen liittyy vahvasti opinnäytetyöhöni, koska opinnäytetyöni toimintaympäristö on tehostetun palveluasumisen yksikkö. Palveluasumisyksikkö on hoitajan työpaikka, mutta ennen kaikkea se on muistisairaahan koti.

3.2 Vuorovaikutus ja turvallisuuden tunteen luominen

Vanhuspalvelulain mukaan ikääntyneille tarjottavien sosiaali- ja terveyspalvelujen on oltava laadukkaita ja turvattu heille hyvä hoito ja huolenpito (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä 28.12.2012/980, 19§). Muistisairaahan näkökulmasta katsottuna hyvä hoito on sellaista, jossa hänen hyvinvoinnin tarpeensa huomioidaan (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 112). Paljon apua tarvitseva ikääntynyt voi helposti menettää yksityisyytensä ja sen vuoksi ihmisarvonsa. Yksityisyyden kunnioittaminen edellyttää ikääntyneelle tärkeiden pienten asioiden huomioimista. (ETENE 2008, 17.) Suomessa hoitohenkilökunnalle tehdyn laajan kyselytutkimuksen mukaan ympärivuorokautisessa hoidossa olevista vanhuksista muistisairaant, käytösoireiset asukkaat ovat kaikkein alttiimpia kaltoinkohtelulle. Yleisimmin kaltoinkohtelu ilmenee pyyntöjen ja toiveiden huomiotta jättämisenä sekä avustamisena siten, ettei intymiteettisuoja toteudu. (Sipiläinen 2016, 82.) Palvelutalossa hoitajan ammattitaito muodostuu pitkälti ihmissuhdetaidoista ja asukkaiden sosiaalisen hyvinvoinnin tukemisesta. Asukkaiden tulee saada tulla kohdatuiksi, kohdelluiksi ja kuulluiksi yksilöinä. (Pirhonen, Tiilikainen & Lemivaara 2016, 128–129.)

Muistisairaslähtöisellä lähestymistavalla tarkoitetaan muistisairaahan käyttäytymisen ymmärtämistä hänelle luonnolliseksi tavaksi ilmaista itseään. Muistisairas on tunteva ja kokeva ihminen, joka ilmaisee itseään omalla, muistisairauden aiheuttamien aivomuutosten vuoksi muuttuneella tavallaan. Käytösoireet voidaan nähdä muistisairaahan tarpeista, kokemuksista ja tunteista kertovina viesteinä. Muistisairaahan näkökulmasta käytösoireen sisältönä voi olla kognitiivisista muutoksista johtuva toimintapa, delirium, psykoottinen oire ja hyvinvoinnin tarpeen ilmaisu. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 105.) Muistisairauden myötä ihmisen tapa hahmottaa, päätellä ja ymmärtää asioita muuttuu, minkä seurauksena vuorovaikutuskin muuttuu. Muistisairaant ovat tunneherkkiä ja aistivat nopeasti tilanteen tunnelman. (Pohjavirta 2017, 48.) Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista on säädetty, että asiakkaalla on oikeus saada hyvää kohtelua (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista

22.9.2000/812, 4§). Norjalaisissa palvelutaloissa toteutetussa tutkimuksessa havaittiin, että muistisairaiden elämänhallintaa voidaan tukea ns. slow nursing -menetelmällä eli hitaasti hoitamisella. Hitaasti hoitamisella tarkoitetaan läsnäoloa, keskittymistä yhteen asiaan kerrallaan ja hyvän mielen tuottamista. (Lillekroken, Hauge & Slettebø 2015.)

Arvostava, myötäelävä ja ymmärtävä asenne auttaa kuulemaan muistisairaana tunteet ja tarpeet. Tunteiden ja tarpeiden toteuttamisessa muistisairaaseen luodaan luottamussuhde sanattoman ja sanallisen vuorovaikutuksen keinoin. Sanatonta vuorovaikutusta ovat esimerkiksi katsekontakti, kosketus ja äänensävy. Sanallisen vuorovaikutuksen keinoja ovat ei-uhkaavat sanat ja kysymykset. Tunnekuohon vallassa olevan ihmisen ahdistus helpottaa, kun hän saa käsitellä tunteitaan ja joku jakaa ne hänen kanssaan. Tunnevuorovaikutusta voidaan käyttää, kun järkiperustelut eivät enää tavoita ihmistä. (Pohjavirta 2017, 49–50.) Muistisairaana aggressiivista käyttäytymistä on mahdollista ennakoida ja jopa estää kuulemalla hänen toiveitaan ja vastaamalla hänen tarpeisiinsa. Kohtaaminen on aitoa läsnäoloa ja ajan antamista toiselle ihmiselle. Ratkaisevaa on kohtaamisen tapa. Hetkiin pysähtymällä hoitaja voi välittää kiireettömyyttä ja rauhaa. (Eloranta 2013.)

Toimivan vuorovaikutuksen edellytyksenä on muistisairaana tunteisiin ja tarpeisiin vastaaminen. Keskustellessaan muistisairaana kanssa hoitajan on tärkeää kiinnittää omassa olemuksessaan huomiota levolliseen kehonkieleen, rauhalliseen käyttäytymiseen ja selkeään puhetapaan. Muistisairaana oudolta vaikuttava puhe ja käyttäytyminen voivat johtua menneiden muistojen ja tapahtumien sekoittumisesta nykyhetkeen. (Mönkäre 2017, 45–50.) Muistisairaana menneisyys on tärkeä osa hänen nykyisyytensä. Hoitohenkilökunnan on hyvä tuntea muistisairaana elämänhistoria nähdäkseen ihmisen muistisairaudesta taustalla ja kyetäkseen tarjoamaan yksilöllistä ja ihmiskeskeistä hoitoa muistisairaalle. (Cooney & O'Shea 2018, 14.) Norjalaistutkimuksen tulokset osoittavat ammattitaitoisten ja kokeneiden hoitajien osaavan toimia joustavasti ja vaihtoehtoisia menetelmiä käyttäen kohdatessaan aggressiivisesti käyttäytyviä muistisairaita. (Gjerberg, Hem, Forde & Pedersen 2013.) Häyhän (2013, 45) tutkimuksessa todettiin huumorin avulla voitavan parantaa muistisairaiden elämänlaatua. Hoitajien käyttämän huumorin todettiin kohottavan muistisairaana mielialaa ja lisäävän hyvää oloa.

Muistisairaiden hoidossa tulisi pyrkiä jatkuvuuteen, koska hoitavan henkilön vaihtuminen voi olla muistisairaalle hämmentävää, jopa pelottavaa (Mönkäre 2014, 82). Vanhuspalvelulaissa on säädetty, että ikääntyneiden asumispalveluiden toteuttamisessa on huolehdittava, että ikääntyneet voivat kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi. Ikääntyneiden tulee voida ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja

ylläpitävään toimintaan. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980, 14§.) TunteVa-toimintamallin mukaan vanhat asiat ovat muistisairaalle tärkeitä ja muistelulla voidaan tukea hänen identiteettiään. Hoitajan ei tarvitse ottaa kantaa siihen ovatko asiat todella tapahtuneet, sillä muistot ovat ihmisen yksilöllisiä mielikuvia ja tulkintoja, joista osa voi pohjata todellisuuteen. (Pohjavirta 2012, 37.) Tutkimustulosten mukaan elävä musiikki ja erityisesti laulaminen kohentavat muistisairaahan mielialaa ja orientoitumista ympäristöön. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat kokeneet yhteisten laulu- ja musiikkituokioiden parantaneen vuorovaikutusta käytösoireisten muistisairaiden kanssa. (Särkämö, Laitinen, Numminen, Tervaniemi, Kurki & Rantanen 2011, 42–43.)

3.3 Elämänlaadun ja ympäristön huomioiminen palveluasumisessa

Muistisairas on oman elämänlaatunsa ensisijainen arvioija, sillä elämänlaatu on aina yksilöllinen kokemus. Mikäli muistisairaus on edennyt niin pitkälle, ettei henkilö itse enää kykene tekemään arviointia, voi sen suorittaa läheinen tai terveys- ja sosiaalialan ammattilainen. Muistisairaahan oma näkemys pyritään silti huomioimaan, vaikka arvioinnin suorittaisi joku muu. (Holopainen & Siltanen 2015, 20.) Hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi annetun laatusuosituksen mukaan iäkkäillä ihmisillä pitää olla mahdollisuus viettää omanlaistaan hyvää elämää. Iäkäs ihminen tulee nähdä osallistujana ja toimijana, joka voimavarojensa mukaisesti asettaa itse omat tavoitteensa, valikoi kiinnostuksen kohteensa ja toimintatapansa. (STM 2017, 13.) Muistisairaahan mahdollisuutta jatkaa hänelle tuttua ja tavanomaista elämää sekä toteuttaa omaa päivärytmiään tulisi tehostetussa palveluasumisessa kunnioittaa. (Jaatinen 2017, 36).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista on säädetty, että potilaan tahtoa tulee kunnioittaa hänen hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. Potilaan ollessa kykenemätön itse päättämään hoidostaan on hänen laillista edustajaansa tai läheistään kuultava arvioitaessa, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 6§.) Hoitohenkilökunnan ja läheisten välinen yhteistyö on tärkeässä osassa suunniteltaessa muistisairaahan hoitoa silloin, kun hän itse ei enää sairauden myöhemmissä vaiheissa kykene osallistumaan päätöksen tekoon. Läheisten halukkuus osallistua hoitoon liittyvään päätöksentekoon kuitenkin vaihtelee suuresti, ja sen vuoksi hoitohenkilökunnan tulisikin kiinnittää huomiota tehokkaaseen viestintään ja läheisten tukemiseen päätöksenteossa. (Joanna Briggs Institute 2014.) Läheiset voivat kääntyä hoitohenkilökunnan puoleen myös omaan jaksamiseensa, terveydentilaansa ja mielialaansa liittyvissä asioissa (Mönkäre 2014, 82).

Muistisairaahan asukkaan haasteellinen käyttäytyminen, johon voi liittyä aggressiivisuutta, huutamista, apatiaa ja vaeltelua, rasittaa hoitohenkilökuntaa palveluasumisessa. Lääkehoidosta on vain vähän apua eikä sitä suositella ensisijaiseksi hoitomuodoksi käytösoireisiin. Best practise -suosituksen mukaan muistisairaahan haasteellista käyttäytymistä vähentäviä hoitotoimia tulisi suunnitella yksilöllisesti hoitopalaverissa. Hoitopalaverissa sovittujen hoitotoimien toteutuksen tulisi kestää yli 12 kuukautta, jotta voidaan varmistaa niiden tehokkuus. (Joanna Briggs Institute 2017.) Muistisairaahan elämänlaatua voidaan arvioida havainnointimenetelmillä, joiden avulla voidaan saada tietoa esimerkiksi käytösoireiden taustalla olevista huomioimattomista tarpeista. Euroopassa ja Australiassa on laajalti käytössä Britanniassa kehitetty DCM-menetelmä eli dementia care mapping. (Juva & Eloniemi-Sulkava 2015, 523.) Kirjallisuuskatsauksen mukaan käyttämällä DCM-menetelmää hoitotyössä on voitu vähentää hoitohenkilökunnan kuormittuneisuutta ja parantaa muistisairaiden elämänlaatua monin tavoin. Tutkimustulosten mukaan esimerkiksi muistisairaiden levottomuuden ja kaatumisten on todettu vähentyneen DCM-menetelmän myötä. (Barbosa, Lord, Blighe & Mountain 2017, 14).

Vanhuspalvelulain mukaan palveluasumisessa tulee tehdä kaikille asukkaille hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa on määritelty asukkaan tarvitsemat palvelut hänen toimintakykynsä mukaisesti. Suunnitelma tehdään yhdessä asukkaan, hänen omaistensa ja hoitajien kanssa. Myös asukkaan omat toiveet on kirjattava suunnitelmaan. Suunnitelmaa on tarkistettava aina, kun asukkaan toimintakyky tai palveluntarve muuttuu. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvluista 28.12.2012/980, 16§.) Ikääntyneiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa olisi huomioitava laajemmin henkilön koko elämä ja tarpeet. Riekkinen-Tuovisen (2018, 156) tutkimuksessa havaittiin, että hoito- ja palvelusuunnitelmissa painottuu fyysinen ulottuvuus, vaikka ikääntyneille tärkeintä olisi saada elää merkityksellistä arkielämää. Suunnitelmiin kaivattaisiin enemmän asukaslähtöistä, luovaa ja osallistavaa otetta.

Muistisairaahan huono elämänlaatu selittää suurelta osin käytösoireita. Kokonaisvaltaisella asukkaan hyvinvoinnin tarpeista lähtevällä ja yksilöllisesti räätälöidyllä hoidolla on mahdollista kohentaa elämänlaatua. (Eloniemi- Sulkava & Savikko 2011, 112.) Hoitoympäristön hallittavuus rauhoittaa muistisairaahan käyttäytymistä. Muistisairaahan kykyyn hallita hoitoympäristöä vaikuttavat selkeä huonekalujen sijoittelu ja pohjapiirros, riittävä valaistus, värien käyttö ja opasteet. (Elo, Saarnio & Isola 2013, 22–24.) Asuinympäristön värien käytöllä on suuri merkitys muistisairaahan viihtyvyyden kannalta. Tiettyjen värien, kuten oranssin ja punaisen, on todettu tukevan hahmottamista. Kontrasteja voidaan käyttää erottamaan esineitä taustastaan, esimerkiksi wc-istuimen kansi voidaan vaihtaa värikkääksi. Voimakkaat värierot ja kuviot tekstiileissä voivat aiheuttaa harhakuvia ja lisätä pelkoa ja

häiriökäyttäytymistä. Myös peilit ja muut heijastavat pinnat saattavat lisätä harhanäkyjen muodostumista. (Nukari 2017, 92.) Muistisairaahan käyttäytymisen hallintaa voidaan parantaa pyrkimällä tunnistamaan ja vähentämään tai poistamaan kokonaan käytöshäiriöitä aiheuttavia tekijöitä muistisairaahan ympäristöstä. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 20–21).

3.4 Hoitajien osaaminen ja jaksaminen muistisairaahan kohtaamistilanteissa

Vanhuspalvelulaissa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä 28.12.2012/980, 20§) on säädetty, että sosiaali- ja terveystalveluja tuottavan toimintayksikön henkilöstön määrän, koulutuksen ja tehtävärakenteen on oltava sellaiset, että ne vastaavat talveluja saavien määrää ja toimintakykyä.

Palveluasumisessa työskentelee lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Käytän opinnäytetyössäni heistä yleisnimitystä hoitajat. Lähihoitajan koulutus on sosiaali- ja terveystalan perustutkinto, jossa voi suuntautua vanhustyöhön. Koulutus kestää kaksi vuotta. Suurin osa palveluasumisen hoitajista on lähihoitajia, ja he tekevät kolmivuorotyötä. Lähihoitajan työ palveluasumisessa on ensisijaisesti asukkaiden avustamista päivittäisissä toiminnoissa, kuten syömisessä, peseytymisessä, liikkumisessa ja ulkoilussa. Lähihoitaja hoitaa myös asukkaiden haavoja ja huolehtii osaltaan lääkehoidon toteuttamisesta. Lähihoitaja seuraa asukkaiden vointia ja tiedottaa tarvittaessa huomioistaan hoitavalle työryhmälle tai lääkärille. Lähihoitaja vastaa usein hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisestä palveluasumisessa. Sairaanhoitajan koulutus on ammattikorkeakoulututkinto. Koulutus kestää kolme ja puoli vuotta. Palveluasumisyksikössä on yleensä vain yksi tai kaksi sairaanhoitajaa. Palveluasumisessa sairaanhoitaja työskentelee usein ainoastaan arkisin päivävuorossa. Sairaanhoitaja toimii hoitajien lähiesimiehenä, vastaa asukkaiden lääkehoidosta, verinäytteiden ottamisesta ja pitää yhteyttä lääkäriin. Sairaanhoitaja vastaa tilastoinnista ja työn suunnittelusta.

Laissa sosiaalihuollon ammattihenkilöistä on säädetty, että sosiaalihuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan. Työnantajalla taas on velvollisuus luoda edellytykset tarvittavaan perehdyttämiseen ja ammattitaidon kehittämiseksi tarvittavaan täydennyskoulutukseen. (Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015, 5§.) Ikääntyneiden hoitotyössä kokeneilla hoitajilla on tutkimuksen mukaan paljon hiljaista tietoa, jota pyritään työyhteisöissä siirtämään vähemmän kokeneille hoitajille. Hiljaisen tiedon siirtymisessä on tärkeintä hoitamisen oikean asenteen siirtyminen ja erityisesti laadukkaan sekä potilasta kunnioittavan

kohtaamisen toteutuminen. (Paimensalo-Karell 2014, 56.) Ihmissuhdetyössä korostuu asiakkuusosaaminen eli taito tunnistaa asiakkaan tarpeita ja voimavaroja sekä löytää asiakkaan kannalta toimivin tapa vastata hänen tarpeisiinsa. Samanaikaisesti on ymmärrettävä oman toiminnan rajat. (Tiikkanen & Voutilainen 2009, 370.)

Hoitoalalla työskentelevien työhyvinvointia voidaan edistää kehittämällä itse työtä ja työn sujuvuutta. (Utriainen, Ala-Mursula & Virokangas 2011, 33). Työaikoja ja työaikojen hallintaa kehittämällä voidaan parantaa työntekijöiden jaksamista ja hyvinvointia. Ottamalla henkilöstö mukaan työn kehittämiseen sekä muutosten ja uudistusten suunnitteluun ja toteutukseen voidaan tukea muutoksen hallintaa. (Puttonen, Husu & Pahkin 2016, 23–29.) Työn koherenssin tunteella tarkoitetaan työn hallittavuutta, mielekkyyttä ja ymmärrettävyyttä. Tutkimuksen mukaan voimakas työn koherenssin tunne ilmenee henkilön positiivisena asenteena, ammatillisena itsetuntona, työn mielekkyytenä ja työhyvinvointina. (Ala-Poikela & Ravantti 2014, 107.)

Hyvinvoiva työntekijä on motivoitunut ja vastuuntuntoinen ihminen, joka kokee työssään riittävästi sekä itsenäisyyttä että yhteenkuuluvuutta. Hän tuntee työnsä tavoitteet ja kokee itsensä tarpeelliseksi. Hyvinvoiva työntekijä pääsee työssään hyödyntämään vahvuuksiaan ja osaamistaan. (Työterveyslaitos.) Työtyytyväisyyteen vaikuttavat johtaminen, henkilöstöresurssit ja työilmapiiri. Hyvää työilmapiiriä lisäävät yhteiset pelisäännöt ja lähiesimiehen rooli niiden toteuttamisen takaajana. Hoitotyön laatua tulee tarkkailla jatkuvasti ja sen tulee pohjautua näyttöön perustuvaan tutkittuun tietoon. Selkeä toimenkuva ja huolellinen perehdytys lisäävät työhön sitoutumista. (Kaarlela 2013, 56–58.) Hoitohenkilökunnan eettistä osaamista ja ikääntyneiden hoitotyön erityisosaamista tulee vahvistaa. (Hotus 2015, 30.)

Työssäjaksamisesta huolehtiminen on esimiehen vastuulla ja ongelmien ennaltaehkäisyllä on suuri merkitys. (Skurnik-Järvinen 2013, 42.) Muistisairaita hoitavissa yksiköissä tehdyn tutkimuksen mukaan hoitajien työssäjaksamisen haasteet vaikuttavat heidän toimintaansa muistisairaiden parissa. Hoitajien työhyvinvointia ja heidän kykyään kohdata haasteita voidaan edistää ammattitaitoa syventävällä koulutuksella. (Hultqvist 2013, 73.) Tutkimuksissa ilmenee, että hoitajien kuormittuminen vähentää muistisairaana elämänlaatua, ja vastaavasti hoitajien koulutus ja riittävyys lisäävät muistisairaana elämänlaatua (Holopainen & Siltanen 2015, 20). Työturvallisuuslaissa on säädetty työn kuormittavuudesta, että työnantaja on velvollinen ryhtymään toimiin kuormittavuustekijöiden selvittämiseksi sekä vaaran välttämiseksi ja vähentämiseksi, jos työntekijän todetaan työssään kuormittuvan hänen terveyttään vaarantavalla tavalla (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738, 25§).

Käsitteenä hoitaja liittyy opinnäytetyöhöni siten, että opinnäytetyöni kohderyhmä on hoitajat. Hoitajien ammattitaidolla ja vanhustyön erityisosaamisella on suuri merkitys muistisairaiden hoitotyössä. Hoitajien osaaminen, arvot ja asenteet vaikuttavat heidän tapaansa kohdata muistisairaita. Hoitajien säännöllisillä täydennyskoulutuksilla voidaan kehittää heidän eettistä osaamistaan ja parantaa yhteistyötä muistisairaiden kanssa.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia aggressiivisesti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisesta palveluasumisessa. Tavoitteena on, että opinnäytetyöni tulokset herättävät hoitajia ennakoimaan tilanteita ja pohtimaan omia taitojaan aggressiivisesti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisessa.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaista aggressiivista käytöstä muistisairaille esiintyy hoitajien kokemana?
2. Millaisiin tilanteisiin muistisairaalla aggressiivinen käyttäytyminen liittyy?
3. Miten hoitajat kohtaavat aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaalla?
4. Millaisilla tavoilla hoitajat ylläpitävät omia taitojaan kohdata aggressiivisesti käyttäytyviä muistisairaita?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä osiossa esittelen opinnäytetyön toteuttamisen vaiheita. Kuvailen toimintaympäristöä ja kohderyhmää. Avaan laadullista tutkimusta, aineiston keruuta ja sisällönanalyysia.

5.1 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus

Tein opinnäytetyöni yhteistyössä Soiteen kuuluvan vanhusten tehostetun palveluasumisen yksikön kanssa. Yksikön nimeä ei mainita opinnäytetyössä, jotta asukkaiden ja hoitajien tunnistamattomuus voidaan turvata. Palveluasumisyksikössä on kaksi osastoa. Dementiaosaston asukkaat ovat keskivaikeasti tai vaikeasti muistisairaita. Osaston ovet ovat lukittuna vuorokauden ympäri, mutta osaston sisällä asukkaat voivat liikkua vapaasti. Asukkailla on omat huoneet, joissa on omat suihkulliset wc-tilat. Osastolla on useampia yhteisiä ruokailu- ja oleskelutiloja ja käytäviä. Osastoilla on yhteensä 38 asukasta ja 23 hoitajaa. Hoitajista 21 on lähihoitajia ja kaksi sairaanhoitajaa. Opinnäytetyöni kohderyhmänä olivat dementiaosaston hoitajat. Osallistujien valintakriteereitä olivat lähihoitajan tai sairaanhoitajan tutkinto, useamman vuoden työkokemus alalta ja vähintään puolen vuoden palvelusaika kyseisessä yksikössä. Haastatteluihin osallistui viisi hoitajaa.

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvelukuntayhtymä Soite on kuntayhtymä, jossa yhdistyvät maakunnalliset perus- ja erikoistalvelut sekä sosiaali- ja terveystalvelut. Soiteen kuuluvat Keski-Pohjanmaan erikoistalveanhoito- ja perustalvelukuntayhtymä Kiuru, Kokkolan sosiaali- ja terveystalvelut sekä Perhon kunnan sosiaali- ja terveystalvelut. Soiten jäsenkuntia ovat Kokkola, Kannus, Toholampi, Lestijärvi, Halsua, Perho, Veteli, Kaustinen ja Kruunupyy. Lisäksi Reisjärvi on osajäsenkunta. Soiten toiminta-ajatus on ihminen keskiössä, mikä kuvastaa asiakas- ja potilaslähtöistä ajattelutapaa. (Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvelukuntayhtymä Soite.)

Soiten palveluasumisen kriteerien mukaan tehostetussa palveluasumisessa asukkaat tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa sekä valvottua toimintaympäristöä. Tehostettuun palveluasumiseen voi hakea, kun ikääntynyt ei selviydy kotona kotihoidon ja tukipalvelujen turvin. Palveluasumiseen haetaan kirjallisella hakemuksella, johon tarvitaan liitteeksi lääkärinlausunto, toimintakykyarvio ja perustelut paikan saamiselle. (Soite 2017, 3.)

5.2 Laadullinen tutkimus

Laadullisessa tutkimuksessa korostuu ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten ja motivaatioiden tutkiminen sekä ihmisten näkemysten kuvaus. Laadullinen tutkimusote sopii olemassa olevaan tutkimusalueeseen, jos siihen halutaan saada uusi näkökulma tai halutaan tutkia asiaa ymmärtämisen näkökulmasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 66.) Laadullista tutkimusta voidaan kutsua ymmärtäväksi tutkimukseksi, koska se perustuu ilmiön ymmärtämiseen tai selittämiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 33). Laadullisessa tutkimuksessa tärkeintä on määrän sijasta aineiston laatu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 110.)

Lähestymistavaksi valitsin laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen, koska se soveltuu hyvin hoitotyön tutkimukseen ja hoitajien kokemusten kuvaukseen. Halusin opinnäytetyöni avulla selvittää, millaista aggressiivista käyttäytymistä muistisairailla esiintyy hoitajien kokemana, millaisiin tilanteisiin muistisairaalan käyttäytyminen liittyy, miten hoitajat kohtaavat aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaalan ja millaisilla tavoilla hoitajat ylläpitävät omia taitojaan kohdata aggressiivisesti käyttäytyviä muistisairaita. Haastattelin kokeneita hoitajia, jotka ovat pitkään työskennelleet muistisairaiden parissa. Koin saavani laadullisen lähestymistavan avulla mahdollisimman rikasta ja syvää tietoa aiheesta voidakseni muodostaa siitä ymmärrettävän kokonaisuuden.

5.3 Aineiston keruu

Ennen aineiston keruuta hain tutkimuslupaa opinnäytetyölleni Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystaloustieteen tutkimuskeskuksesta Soiten johtajaylihoitajalta marraskuussa 2017. Sain myöntävän viranhaltijapäätöksen (LIITE 1) 5.12.2017. Tein opinnäytetyösopimuksen (LIITE 2) tutkimusorganisaation kanssa.

Puolistrukturoitu teemahaastattelu on strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto, jonka aihepiirit eli teemat on valittu, mutta kysymysten tarkka muoto ja esittämisjärjestys puuttuvat. Vastauksiin voidaan tarvittaessa hakea täsmennyksiä lisäkysymyksillä tilanteen mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 125.) Teemahaastattelussa ihmisten tulkinnat asioista ovat keskeisiä ja heidän asioille antamansa merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa (Hirsjärvi & Hurme 2014, 48). Teemahaastattelussa pyritään löytämään vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja ongelmanasetteluun.

Teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen eli tutkittavasta ilmiöstä ennalta tiedettyyn (Tuomi & Sarajärvi 2018, 88.)

Valitsin tutkimusmenetelmäksi puolistrukturoidun teemahaastattelun, koska sen avulla voi saada mahdollisimman rikasta ja monipuolista aineistoa. Teemahaastattelurungon (LIITE 3) rakensin tutkimuskysymysten ja aiemman teoretiedon pohjalta. Teemahaastattelurunkoon tein kaksi kysymystä jokaista tutkimuskysymystä kohti. Jokaisen kysymyksen alle kirjoitin apusanoja, joiden avulla pystyisin haastattelun aikana tarvittaessa tarkentamaan, millaisiin asioihin haen vastauksia. Olin alun perin suunnitellut testaavani teemahaastattelurungon etukäteen, mutta luovuin suunnitelmastani ajanpuutteen vuoksi.

Haastateltaville tulee kertoa tutkimuksesta ja itse haastattelusta selkeästi ja yksiselitteisesti, jotta he voivat sen tiedon varassa tehdä päätöksen, suostuvatko haastateltaviksi. Haastateltaville annettavien tietojen tulisi kattaa ainakin tutkijan yhteystiedot, tutkimuksen aihe ja tavoite, haastattelun toteutus, osallistumisen vapaaehtoisuus ja luottamuksellisuus, haastatteluotteiden sisällyttäminen tutkimusjulkaisuihin sekä haastattelun jatkokäyttö ja arkistointi. (Ranta & Kuula-Luumi 2017, 415.)

Lähetin teemahaastattelurungon etukäteen saatekirjeessä (LIITE 4) palvelutalon esimiehelle, joka toimitti sen edelleen valitsemilleen hoitajille, jotta he saivat tutustua sen sisältöön ennen suostumustaan haastatteluun. Toteutin haastattelut joulukuussa 2017 palvelutalon tiloissa ja nauhoitin ne myöhempää analysointia varten. Keräsin tutkimusaineiston haastattelemalla (n=5) viittä hoitajaa. Toteutin haastattelut yksilöhaastatteluina, jotta haastateltavat saivat luottamuksellisesti kertoa kokemuksistaan. Jokaisen haastattelun alussa kertasin vielä suullisesti saatekirjeen keskeiset asiat ja pyysin suullisesti luvan haastattelun nauhoittamiseen.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston saturaatiolla eli kylläntymisellä tarkoitetaan tilannetta, jossa aineisto alkaa toistaa itseään, eivätkä tiedonantajat tuota tutkimusongelman kannalta enää uutta tietoa. Tietty määrä aineistoa riittää tuomaan esiin sen teoreettisen peruskuvion, mitä aineistosta on mahdollista saada. Kylläntymistä ei voi saavuttaa, ellei ole selvillä, mitä aineistosta ollaan hakemassa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 99–100.)

Sovin etukäteen palveluesimiehen kanssa, että mikäli saturaatio ei täyty viiden haastattelun jälkeen, niin voin tarvittaessa jatkaa haastatteluja, kunnes olen saanut tutkittavasta asiasta riittävän määrän tietoa.

Viisi haastattelua kuitenkin antoivat riittävän kattavan aineiston vastaamaan tutkimuskysymyksiin, eikä lisähaastatteluja tarvittu.

5.4 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on perinteinen menetelmä, jota on käytetty paljon hoitotieteen tutkimuksissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 166). Laadullisessa tutkimuksessa aineiston runsaus ja elämänläheisyys tekevät analyysivaiheen mielenkiintoiseksi ja haastavaksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 225). Laadullisessa analyysissä aineistoa tarkastellaan usein kokonaisuutena. Kaikki selvitettävään kuvioon kuuluviksi katsotut seikat tulee kyetä selvittämään siten, että ne eivät ole ristiriidassa esitetyn tulkinnan kanssa. Laadullinen analyysi koostuu periaatteessa kahdesta vaiheesta: redusoinnista eli havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta. (Alasuutari 2014, 38 – 39.) Ennen analyysin aloittamista määritellään analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useita lauseita. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122.)

Aloitin aineiston analyysin kuuntelemalla nauhoittamani haastattelut läpi useaan kertaan. Kuunneltuani nauhoitukset kirjoitin ne auki sanasta sanaan. Materiaalia kertyi noin 23 sivua Word-tiedostona, kirjasinkoolla 12 ja rivinvälillä 1,5. Nauhoitetun materiaalin säilytin lukitussa paikassa analysoinnin ajan ja tuhosin analysoinnin jälkeen Tulostin litteroidun tekstin ja kävin vielä kirjoitetun materiaalin läpi verraten sitä tutkimuskysymyksiini. Analyysiyksiköksi valitsin materiaalin perusteella sanan tai lauseen.

Sisällönanalyysissä aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja käsitteellistetään. Aineisto pelkistetään eli redusoidaan karsimalla epäolennainen pois. Pelkistämistä ohjaa tutkimuskysymys. Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa aineistosta koodatut alkuperäisilmaisut käydään tarkasti läpi ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja/tai erilaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Klusterointia seuraa abstrahointi eli käsitteellistäminen. Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan sen perusteella teoreettisia käsitteitä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja siten saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127.)

Pelkistin aineiston etsimällä litteroidusta tekstistä tutkimuskysymystä kuvaavia ilmauksia. Merkitsin tutkimuskysymyksiin sisältyvät asiat omilla väreillä eli koodasin ne. Sen jälkeen kirjoitin merkitsemäni alkuperäisilmaukset erilliselle paperille. Tein kutakin tutkimuskysymystä varten oman

analyysitaulukon. Jaoin analyysitaulukon neljään pystysuuntaiseen lokeroon. Nimesin lokerot vasemmalta oikealle: alkuperäinen ilmaus – pelkistetty ilmaus – alakategoria – pääkategoria. Kirjasin taulukoihin ensin alkuperäiset ilmaukset. Tämän jälkeen tiivistin alkuperäisilmausten merkitykset pelkistetyiksi ilmauksiksi. Kävin pelkistetyt ilmaukset läpi ja ryhmittelin samaa ilmiötä kuvaavat ilmaukset alakategorioiksi. Alakategoriat nimesin niiden sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Muodostin jokaiselle analyysitaulukolle yhden pääkategorian, joka vastasi tutkimuskysymykseen. Analyysitaulukot ovat kokonaisuudessaan luettavissa opinnäytetyöni liitteinä (LIITTEET 5, 6, 7 & 8).

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tutkimukseen osallistui viisi kriteerit täyttänyttä hoitajaa tehostetun palveluasumisen yksiköstä. Haastatelluilla hoitajilla oli kaikilla pitkä työkokemus muistisairaiden parissa työskentelemisestä. Esitän tutkimustulokset tutkimuskysymyksittäin. Tutkimuskysymykseni olivat: 1. Millaista aggressiivista käytöstä muistisairailta esiintyy hoitajien kokemana? 2. Millaisiin tilanteisiin muistisairaana aggressiivinen käyttäytyminen liittyy? 3. Miten hoitajat kohtaavat aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaana? 4. Millaisilla tavoilla hoitajan ylläpitävät omia taitojaan kohdata aggressiivisesti käyttäytyviä muistisairaita?

6.1 Muistisairailta esiintyvä aggressiivinen käytös hoitajien kokemana

Hoitajat kertoivat muistisairailta esiintyvän fyysistä ja verbaalista aggressiivisuutta (LIITE 5). Hoitajat kokivat fyysisen aggressiivisuuden johtuvan kommunikaatiovaikeuksista, kun muistisairailta ei enää sairauden vuoksi ole kykyä ilmaista itseään sanallisesti. Hoitajien mukaan aggressiivinen käytös ilmenee yleensä lyömisenä, potkimisena ja tönimisenä. Paljon koettiin esiintyvän myös puremista ja sylkemistä.

Yhtäkkiä vaan huomasin, että oon siellä makuuhuoneen nurkassa ja se tulee kepin kanssa näin. Kyllä silloin aattelin, että se on nyt tässä, että nyt voi käydä huonosti ihan oikeesti.

Onhan se joskus semmosta nimittelyä, rumia sanoja, mutta enemmän varmaan huutamista tai karjumista. Enempi se on kyllä ollu semmosta fyysistä.

Verbaalista aggressiivisuutta koettiin esiintyvän vähemmän kuin fyysistä aggressiivisuutta. Verbaalinen aggressiivisuus on hoitajien mukaan yleensä kiroilua, nimittelyä ja uhkailua. Joskus aggressiivisuuden koettiin ilmenevän vain huutamisena. Hoitajat kokivat verbaalista aggressiivisuutta olevan vähemmän sen vuoksi, koska useimpien asukkaiden muistisairaus oli jo edennyt niin pitkälle, että heillä ei ollut enää paljon kielellistä toimintakykyä jäljellä.

6.2 Muistisairaana aggressiiviseen käyttäytymiseen liittyvät tilanteet

Hoitajat kertoivat muistisairaana aggressiivisen käyttäytymisen liittyvän turvattomuuden tunteeseen. Kehon paljastumisen (LIITE 6/1) koettiin saavan aikaan muistisairailta usein aggressiivista

käyttäytymistä etenkin pesutilanteissa. Kivun ja kehon hallinnan haasteiden (LIITTEET 6/1–6/2) koettiin aiheuttavan muistisairaiden aggressiivisuutta, mikä ilmenee erityisesti avustamistilanteissa ja kävelytettäessä. Muistisairaahan muuttuvan ympäristön hahmottamisen (LIITE 6/2) koettiin vaikuttavan haastavien tilanteiden syntymiseen.

Kaikista suurin on ne vessakäynnit ja suihkutukset. Se on se asukkaan intiimialue, niin silloin se tulee.

On niitä muutamia, jotka valvoo öisin paljon ja kulkee sitte toisten huoneissa. Siitähän ne hermostuu sitte, kun hoitaja ohjaa pois jonkun toisen huoneesta. Näitä on paljon.

Saa mennä väliin niinkö ruokailutilanteessaki, kun on kaksi samanlaista, niin ne ärsyttää toisiaan.

Hoitajien mukaan jotkut muistisairaathan ärsyyntyvät toistensa toiminnasta tai ääntelystä. Provosoitumista kerrottiin tapahtuvan esimerkiksi ruokailutilanteissa. Aggressiivisuutta lisääviksi tilanteiksi koettiin myös joidenkin muistisairaiden valvominen öisin ja kulkeminen toisten huoneissa sekä aamu-unisten herättelemineen (LIITE 6/2). Tilanteiden haastavuutta lisääväksi tekijäksi koettiin se, ettei muistisairas ymmärrä puhetta (LIITE 6/3).

6.3 Aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaahan kohtaaminen

Hoitajat kertoivat, että kohdatessaan aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaahan he pyrkivät vahvistamaan tämän turvallisuuden tunnetta (LIITE 7/1). Hoitajien mukaan muistisairaahan turvallisuuden tunnetta voidaan vahvistaa rauhallisella lähestymistavalla, kokemuksen tuomalla varmuudella sekä oman ja asukkaan turvallisuuden huomioimisella (LIITE 7/2). Lisäksi turvallisuuden tunnetta vahvistavana koettiin hoitajan aito läsnäolo ja arvostava kohtaaminen sekä yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen huomioiminen. Rauhalliseen lähestymistapaan sisältyy hoitajien mukaan kiireettömyys, lempeä puhetyyli ja muistisairaahan arvostava kohtaaminen. Hoitajan kokemuksen tuoman varmuuden koettiin vähentävän muistisairaahan pelokkuutta. Tutun ja turvallisen hoitajan koettiin lisäävän luottamusta ja turvallisuutta.

No yrittää olla rauhallinen ja olla niinkö ihminen ihmiselle ja olla niinkö lähellä ja koskettaaki niin se auttaa monesti.

Me tunnetaan nämä asukkaat hyvin, kun ollaan kauan oltu samojen kanssa tässä. Tiedetään minkälainen huumori tepsii kenellekkin.

Sitte ihan kosketus, pientä hierontaa ja tämmöstä. Hymyillään ja katsotaan silmiin ja sanotaan että ei mitään hätää. Kyllä se auttaa ja rauhoittaa tilannetta.

Hoitajat kertoivat huomioivansa asukkaan turvallisuuden lisäksi myös oman turvallisuutensa (LIITE 7/2) siten, että tarvittaessa aggressiivisen asukkaan hoitotilanteissa on aina kaksi hoitajaa. Hoitajat kertoivat toimivansa joustavasti antaen asukkaalle aikaa rauhoittua, mikäli hän on kovin levoton. Tarvittaessa toimintaa voidaan siirtää myöhempään ajankohtaan. Hoitajien mukaan aito läsnäolo ja arvostava kohtaaminen (LIITE 7/2) ovat oleellinen osa muistisairaahan kohtaamista. Läsnäoloa tukeviksi asioiksi koettiin läheisyys, huomioiminen ja kosketus. Arvostavaan kohtaamiseen kuuluu hoitajien mukaan silmiin katsominen, hymyileminen ja se, että kerrotaan mitä ollaan tekemässä. Hoitajat kokivat saavansa muistisairaaseen paremmin kontaktin, kun hoitotilanteessa on vain yksi hoitaja.

Laulut, runot, lorut – niistähän ne tykkää mitä ne on lapsena laulaneet kansakoulussa. Sehän on ihan mahtavaa, ku saa mummon laulamaan ja nauramaan. Se on tämän työn niitä helmiä.

Kun porukalla lauletaan jotain vanhoja lauluja, niin ne saattaa osata ihan laulujen sanoja, vaikka eivät osaa lukea enää. Huomaa kyllä, että ne on mukana ja nauttii siitä.

Hoitajat pitivät asukkaan yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen huomioimista (LIITE 7/3) tärkeänä tekijänä aggressiivisuuden ennaltaehkäisemisessä. Hoitajien kokemuksen mukaan musiikin (7/3), huumorin (LIITE 7/4) ja muistelun avulla voidaan luoda rentoa tunnelmaa asukkaiden parissa, mutta ne saattavat myös aiheuttaa joillekin muistisairaille aggressiivista käyttäytymistä. Yleensä asukkaiden koettiin pitävän muistelemisesta ja vanhoista asioista juttelemisestä, mutta joillekin tietyt muistot saattoivat aiheuttaa pahaa mieltä, joten silloin niiden puheeksi ottamista pyrittiin välttämään. Hoitajat kertoivat tekevänsä jokaiselle asukkaalle elämänhistoriakansion (LIITE 7/4), johon kerätään läheisiltä tietoa muistisairaiden tavoista ja mieltymyksistä.

6.4 Hoitajien tapoja ylläpitää omia taitojaan kohdata aggressiivisesti käyttäytyviä muistisairaita

Hoitajat kertoivat ylläpitävänsä omia taitojaan kohdata aggressiivisesti käyttäytyviä muistisairaita huolehtimalla omasta jaksamisestaan ja osaamisestaan. Hoitajat huolehtivat omasta jaksamisestaan harrastamalla mieleisiään asioita vapaa-aikana (LIITE 8/1). Hoitajat kertoivat harrastavansa säännöllisesti liikuntaa. He mainitsivat voimavaralähteiksi myös perheen ja ystävät. Jaksamista ja osaamista lisääviksi tekijöiksi koettiin riittävästä levosta huolehtiminen, oman työn ja työyhteisön

arvostaminen (LIITE 8/2) sekä oman ammattitaidon ylläpitäminen (LIITE 8/2). Hoitajat tunnistivat oman vastuunsa hyvän työilmapiirin luomisessa. He nostivat yhteiset pelisäännöt ja työyhteisön arvostamisen keskeisiksi asioiksi työpaikan viihtyvyyttä lisäävinä tekijöinä.

Omasta jaksamisesta täytyy pitää huolta. Jos en mää hoida itteeni, niin en mää jaksu sitte pian hoitaa muitakaan.

Kun meillä on se hyvä ammattitaito ja koulutus, niin me tiedetään, miten me heidän kanssaan toimitaan.

Hoitajat kokivat osaamisensa perustuvan hyvään ammattitaitoon ja koulutukseen Ammattitaidon koettiin koostuvan pitkästä työkokemuksesta ja lisäkoulutuksen avulla saadusta erityisosaamisesta. Ammattitaidon ylläpitämiseksi he toivoivat omaan työhönsä räätälöityjä koulutuksia.

7 LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) mukaan tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen noudattamista sekä yleistä huolellisuutta ja rehellisyyttä.

Olen pyrkinyt noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä opinnäytetyöni kaikissa vaiheissa. Kerron aluksi opinnäytetyön luotettavuudesta ja sitten eettisyydestä.

7.1 Luotettavuus

Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2015, 197–198) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuus edellyttää sitä, että tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten mahdollista siirrettävyyttä toiseen tutkimusympäristöön. Se edellyttää huolellista tutkimusympäristön kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineiston keruun ja analyysin tarkkaa kuvausta. Tuomi ja Sarajärvi (2018, 162) toteavat tutkimuksen riippuvuudella tarkoitettavan, että tutkimus on toteutettu tieteellisen tutkimuksen toteuttamista yleisesti ohjaavin periaattein. Vahvistettavuudella tarkoitetaan, että tutkimuksen ulkopuolinen henkilö arvioi tutkimuksen tuotokset.

Minulla oli asianmukainen tutkimuslupa hankittuna ja sopimus laadittuna opinnäytetyön suorittamiseen. Olen kuvaillut huolellisesti tutkimusympäristön, haastatteluihin osallistuneiden valinnan ja aineiston keruun sekä analyysin, jotta lukija voi itse arvioida tulosten siirrettävyyttä. Tietoperustan lähteinä käytin kotimaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia sekä tietokirjallisuutta. Teoriapohjan koostin koskemaan hoitotyötä laajemmin, mutta koska toteutin aineiston keruun palveluasumisyksikössä, painotin lähteiden valinnassa palveluasumiseen liittyviä tutkimuksia. Kansainvälisiä lähteitä valitessani painotin erityisesti pohjoismaisia tutkimuksia niiden tutkimusympäristön samankaltaisuuden vuoksi. Opinnäytetyöni aihealue ja käytetyt käsitteet olivat minulle tuttuja entuudestaan, koska olen työskennellyt pitkään ikääntyneiden muistisairaiden parissa. Koin siitä olevan sekä hyötyä että haastetta opinnäytetyöni luotettavuudelle. Hyödyllistä prosessin kannalta oli, että ymmärsin tutkimuksissa esiintyvää

ammattisanastoa ja yleisiä alalla ilmeneviä käytäntöjä. Haasteena koin aiempien tietojeni ja olemassa olevien arvojeni mahdolliset vaikutukset tutkimuksen neutraaliuteen. Pyrin kuitenkin läpi prosessin tietoisesti etsimään uutta tietoa enkä antanut aiemman tietämyksen ohjata liikaa valintojani.

Opinnäytetyön luotettavuutta olisi parantanut, jos olisin testannut teemahaastattelurungon ennen haastatteluja. En ajanpuutteen vuoksi kuitenkaan tehnyt sitä. Jäin pohtimaan olisinko mahdollisesti testauksen jälkeen muuttanut tutkimuskysymysten asettelua, sillä ensimmäiseen tutkimuskysymykseen tulivat lyhimmät vastaukset. Toisaalta halusin valita alkuun ikään kuin esittelevän kysymyksen, jonka avulla johdattelen haastateltavan aiheeseen. Jatkokysymykset asettelin siten, että haastattelu eteni syvemmälle aiheeseen. Luottamuksellisen vuorovaikutuksen luominen haastattelutilanteessa herätti paljon ajatuksia. Tutkittuani asiaa oppaista päädyin kertomaan jokaisen haastattelun aluksi hieman itsestäni ja miksi kiinnostuin aiheesta. Haastattelun kuluessa osoitin kiinnostusta eleillä ja lisäkysymyksillä. Pyrin haastattelun aikana myös sietämään hiljaisuutta ja antamaan haastateltaville aikaa miettiä vastauksiaan. Olen pyrkinyt kuvaamaan analyysiprosessin niin selkeästi, että lukija kykenee arvioimaan ja seuraamaan sitä. Tulososassa olen lainannut vastaajien alkuperäisiä ilmaisuja lisätäkseen luotettavuutta. Sisällönanalyysitaulukot ovat kokonaisuudessaan luettavissa opinnäytetyöni liitteenä, jotta lukija voi päätellä, miten analyysi on tehty.

7.2 Eettisyys

Tutkimuksen etiikka pyrkii vastaamaan kysymykseen oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. Tutkimuksen tekijän tulee olla aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta. Tutkimuksen tekijän on paneuduttava tunnollisesti alaansa, jotta hänen hankkimansa tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Tutkimuksen tekijän on oltava rehellinen eikä hän saa syyllistyä vilpin harjoittamiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 211–213.) Plagiointi eli tieteellinen varkaus on yksi tieteellisen vilpin muoto. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen tekijän ideoiden, sanamuodon tai tutkimustulosten esittämistä omana tuotoksena. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 122.)

Haastateltaviksi valitsin pitkään muistisairaiden parissa työskennelleitä hoitajia, joilla ajattelin olevan paljon tietoa asiasta työkokemuksen perusteella. Käytin paljon aikaa lähteiden valintaan ja etsin tuoreimpia näyttöön perustuvia lähteitä, jotta hankkimani teoretieto olisi mahdollisimman ajantasaista ja luotettavaa. Ilmaisoin selkeästi ja huolellisesti kaikki käyttämäni lähteet. Pyrin kertomaan asian omin sanamuodoin muuttamatta sisältöä liikaa. En plagioinut toisten tekstejä.

Itsemääräämisoikeus on tutkimukseen osallistumisen lähtökohta. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla aidosti vapaaehtoista ja perustua tietoiseen suostumukseen. Anonymiteetti turvataan siten, että tutkimustietoja ei luovuteta kenellekään tutkimuksen ulkopuoliselle. Tutkimuslupaa haettaessa tulee selvittää saako organisaation tai tutkimukseen osallistuvien osastojen nimiä mainita tutkimusraportissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 219–221.)

Hain tutkimusluvan opinnäytetyölleni palvelutalon toiminnasta vastaavalta viranhaltijalta. Asukkaiden tunnistamattomuuden turvaamiseksi kyseisen palvelutalon nimeä ei mainita lopullisessa opinnäytetyössä. Teemahaastattelun saatekirjeessä kerroin haastateltaville tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja haastattelumateriaalin luottamuksellisesta käsittelystä. Muistutuin vielä jokaisen haastattelun alussa, että haastateltavalla on oikeus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietoja tai keskeyttää tutkimus halutessaan. Haastateltavien anonymiteetin suojelemiseksi käytän heistä työssäni nimitystä hoitajat. Suorissa lainauksissa olen huomioinut, etteivät he ole niistä tunnistettavissa.

Hyvärisen (2017, 26, 32) mukaan eettisiin toimintatapoihin kuuluu, että haastatteluun osallistuvat tietävät, mistä siinä on kyse ja mihin sitä tullaan käyttämään. Kysymyksiä muotoiltaessa kannattaa pitää mielessä, millaista aineistoa haluaa ja mitä sillä aikoo tehdä. Haastateltaville tulisi antaa mahdollisuus kertoa ajatuksistaan ja kokemuksistaan. Hirsjärvi ym. (2009, 206–208) toteavat, että haastateltavilla on tapana antaa sosiaalisesti hyväksyttäviä vastauksia. Tutkimushaastattelun avulla pyritään saamaan mahdollisimman luotettavia ja päteviä tietoja.

Tutkimusilmiönä muistisairaalan käytösoireisiin ja hoitajan toimintaan aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa liittyy eettisiä kysymyksiä. Kysymysten asettelussa otin huomioon, että kysymykset ovat sellaisia, että haastateltavat uskaltavat vastata niihin rehellisesti. Otin huomioon mahdollisuuden, että hoitajat eivät uskalla kertoa haastattelussa kaikkea, mitä heillä on mielessä. Tavoittelin kysymyksilläni mahdollisimman aitoa ja luotettavaa aineistoa. Muotoilin kysymykset niin, että niihin ei voisi vastata vain kyllä tai ei.

8 POHDINTA

Tässä osiossa käsittelen opinnäytetyön etenemistä ja tarkastelen opinnäytetyön tuloksia verraten niitä aiempaan tutkimustietoon. Lopuksi esittelen tutkimuksen aikana esille nousseet jatkotutkimushaasteet ja pohdin opinnäytetyön tulosten hyödynnettävyyttä.

8.1 Opinnäytetyön eteneminen

Päädyn tekemään opinnäytetyön yksin, kun olin jo hyvissä ajoin löytänyt itseäni kiinnostavan aiheen. Kävin neuvotteluja muutaman opiskelijan kanssa yhteistyömahdollisuudesta, mutta he eivät kokeneet aihetta itselleen läheiseksi. Kiinnostuin aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaahan kohtaamisesta hoitotyössä jo ennen sairaanhoitajaopintojani työskennellessäni lähihoitajana palvelutalossa. Sairaanhoitajaopintoihin kuuluvilla harjoittelujaksoilla kiinnostus aiheeseen lisääntyi entisestään, kun huomasin, että aggressiivisesti käyttäytyvät muistisairaathan on haasteellinen ja kasvava potilasryhmä palvelutalojen lisäksi monessa muussakin paikassa. Halusin tutkia aihetta lisää ja selvittää, mistä käytöshäiriöt johtuvat sekä etsiä hoitotyön keinoja, joilla muistisairaiden kohtaamista hoitotyössä voitaisiin kehittää.

Löysin Centria-ammattikorkeakoulun aihepankista aihepiiriä vastaavan aiheen, joka oli psykogeriatriset asiakkaat palveluasumisessa. Otin yhteyttä aihepankissa ilmoitettuun yhteyshenkilöön, joka ohjasi tiedusteluni palvelutalon palveluesimiehelle. Sovin sähköpostin välityksellä tapaamisen palveluesimiehen kanssa ja esittelin hänelle alustavan suunnitelmani. Hän koki aiheen heille tarpeelliseksi ja sovimme, että hän tiedustelee hoitajien halukkuutta haastatteluun osallistumiseen. Opinnäytetyön tekemiseen toi haasteellisuutta se, että minulla ei ollut tutkimuksen tekemisestä aiempaa kokemusta ja tietotekniset taitoni olivat vajavaiset. Jotkut opinnäytetyön vaiheet tein useampaan kertaan, kun en ollut selvittänyt ohjeita tarpeeksi tarkkaan ennakkoon. Tiedonhakuun sain henkilökohtaista ohjausta Centrian kirjastosta, ja siitä oli merkittävästi hyötyä. Tein opinnäytetyön suunnitelmaa pitkään. Aloitin suunnitelman hahmottelun helmikuussa 2017. Tietoperustaa varten luin kattavan määrän lähdemateriaalia. Lähteinä käytin monipuolisesti kotimaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia, lainsäädäntöä ja laatusuosituksia sekä kirjallisuutta. Lähteisiin suhtauduin kriittisesti ja valitsin vain luotettavia lähteitä. Yliopettaja hyväksyi opinnäytetyön suunnitelman marraskuussa 2017. Tietoperusta tarkentui vielä matkan varrella ja pyrin läpi prosessin vertaamaan sitä tutkimuskysymyksiin, jotta pysyisin asiassa.

Laadullinen tutkimusote sopi mielestäni erityisen hyvin tähän opinnäytetyöhön, kun tutkimuksen kohteena olivat hoitajien kokemukset. Vaihtoehtoina teemahaastattelulle tutkimuksen toteuttamistapana harkitsin havainnointia tai kyselylomaketta. Päädyin hylkäämään havainnoinnin liian vaativana tässä vaiheessa, kun minulla ei ole aiempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä. Kyselylomakkeen haasteiksi koin mahdollisen vähäisen osallistumisen ja vastausten riittämättömyyden. Valitsin toteuttamistavaksi teemahaastattelun, koska ajattelin saavani sen avulla mahdollisimman rikasta ja syvällistä aineistoa. Teemahaastattelussa minun oli mahdollista esittää tarkentavia kysymyksiä, mikäli koin vastausten jäävän vajaiksi.

Syksyllä 2017 olin uudelleen yhteydessä työelämän yhteyshenkilöön ja suunnittelimme yhdessä alustavasti haastattelujen aikataulua. Saatuani tutkimusluvan sovimme haastattelut joulukuulle 2017. Toteutin haastattelut peräkkäisinä arkipäivinä ja litteroin nauhoitetun materiaalin välittömästi jokaisen haastattelun jälkeen. Haastattelijana olin kokematon, ja haastattelutekniikkani hioutui haastattelujen edetessä. Perehdyin tutkimushaastattelun oppaisiin, joista sain hyviä vinkkejä haastattelun sujuvuuden lisäämiseksi. Haastattelujen alussa kerroin lyhyesti itsestäni ja kertasin haastatteluun liittyvät yleiset asiat luodakseni luottamuksellisen ilmapiirin. Pyrin olemaan haastattelijan roolissa eli en tuonut liikaa esille aiempaa tietämystäni aiheesta, vaan olin tietämätön osapuoli. Pyrin pitämään tunnelman kiireettömänä haastattelujen aikana. Opettelin olemaan pelkäämättä hiljaisia hetkiä ja annoin haastateltaville aikaa vastausten antamiseen. Haastattelut lopetin kysymällä, onko vielä jotain, mitä haluaisit sanoa. Viimeiseen kysymykseen sain monta kertaa erittäin hedelmällisiä vastauksia.

Opinnäytetyön tekeminen oli vaativa, mutta antoisa kokemus. Prosessin hallintaa helpotti ison kokonaisuuden pilkkominen pienempiin välitavoitteisiin. Pysyin suunnittelemani aikataulun raameissa, vaikka joissakin vaiheissa meni suunniteltua kauemmin. Olin suunnitelmaa tehdessäni tietoisesti jättänyt siihen väljyyttä odottamattomia viivästyksiä varten. Yhteistyö työelämän edustajan kanssa sujui saumattomasti läpi koko prosessin. Viestittelimme sähköpostin välityksellä ja tapasimme muutaman kerran. Koin ohjaavan opettajan kommentteista ja tuesta olleen erityisen paljon hyötyä, kun tein opinnäytetyötä yksin. Opiskelutovereiden kanssa keskustelimme opinnäytetyön prosessiin liittyvistä asioista yleisellä tasolla, ja koin saaneeni heiltä paljon vertaistukea prosessin aikana. Välillä oli kuitenkin hetkiä, jolloin olisin kaivannut rinnalleni toista tekijää, jonka kanssa olisi voinut pohtia ja punnita eri vaihtoehtoja.

8.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia aggressiivisesti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisesta palveluasumisessa. Opinnäytetyöni tavoitteena oli, että opinnäytetyön tulokset herättävät hoitajia ennakoimaan tilanteita ja pohtimaan omia taitojaan aggressiivisesti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisessa. Sain hoitajilta haastattelujen päätteeksi palautetta, että he voisivat ajatella hyödyntävänsä jatkossa enemmän hoito- ja palvelusuunnitelmaa aggressiivisten muistisairaiden kohtaamisessa. Hoitajat kertoivat pohtineensa ennen haastatteluja, että heillä on paljon yksittäisten muistisairaiden kohtaamiseen liittyvää hiljaista tietoa, jota ei ole kirjattu mihinkään. Muistisairaiden kohtaamista voidaan parantaa lisäämällä keskustelua siitä. Valviran (2016, 28) mukaan kaltoinkohtelua voidaan ennaltaehkäistä lisäämällä henkilökunnan tietoisuutta sen eri muodoista. Avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri edesauttaa kaltoinkohtelun tunnistamisessa ja siihen puuttumisessa.

Opinnäytetyöni tulokset osoittivat, että muistisairaille esiintyy hoitajien kokemana fyysistä ja verbaalista aggressiivisuutta. Fyysinen aggressiivisuus ilmeni hoitajien mukaan esimerkiksi lyömisenä, potkimisena, tönimisenä ja sylkemisenä. Vastaavia tuloksia raportoivat myös Lilljegen ym. (2017, 5) sekä Holst ja Skär (2017) tutkimuksissaan. Opinnäytetyössäni verbaalinen aggressiivisuus ilmeni hoitajien mukaan uhkailuna, nimittelynä, kiroiluna ja huutamisenä, mutta sitä esiintyi hoitajien mukaan vähemmän kuin fyysistä aggressiivisuutta. Hollantilaistutkimuksessa todettiin myöhään alkavaa muistisairautta sairastavilla esiintyvän enemmän verbaalista aggressiivisuutta kuin varhain alkavaa muistisairautta sairastavilla (Appelhof ym. 2018, 4).

Opinnäytetyöni tulosten mukaan aggressiivinen käytös liittyy muistisairaaseen epämiellyttäväksi kokemiin tilanteisiin. Lindbo ym. (2017,6) tutkimuksessa ilmeni, että epämiellyttäväksi koetut tilanteet aiheuttavat muistisairaille aggressiivista käyttäytymistä ja verbaalisesti häiritsevää, huomionhakuista käyttäytymistä riippumatta muistisairauden vaiheesta. Opinnäytetyössäni hoitajat kertoivat muistisairaiden kokevan epämiellyttäväksi tilanteet, joihin liittyi kehon suojattomuutta, kipua ja kehon hallinnan haasteita sekä muuttuvan ympäristön hahmottamista. Lilljegenin ym. (2017) ja Appelhofin ym. (2018) tutkimustulokset osoittivat etenkin pesutilanteiden aiheuttavan aggressiivista käyttäytymistä muistisairaille. Habigerin ym. (2016, 7) tutkimuksen mukaan muistisairaiden aggressiivisuus väheni, kun kipua lääkittiin tehokkaammin.

Opinnäytetyöni tulosten perusteella hoitajat kohtaavat aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaahan pyrkimällä vahvistamaan tämän turvallisuuden tunnetta. Lillekrokenin ym. (2015) tutkimuksen mukaan muistisairaahan elämänhallintaa voidaan parantaa hitaasti hoitamalla. Hitaasti hoitamisella he tarkoittavat läsnäoloa, keskittymistä yhteen asiaan kerrallaan ja hyvän mielialan ylläpitämistä. Gjerberg ym. (2013) toteavat tutkimuksessaan hoitajien toimivan joustavasti ja vaihtoehtoisia menetelmiä käyttäen kohdatessaan aggressiivisesti käyttäytyviä muistisairaita. Hoitajat pyrkivät rauhoittamaan tilanteen rauhallisella läsnäololla. Tarvittaessa toimintoja siirretään myöhempään ajankohtaan tai vaihdetaan hoitavaa henkilöä. Opinnäytetyössäni hoitajat kuvailivat käyttävänsä samankaltaisia tapoja vahvistaessaan muistisairaahan turvallisuuden tunnetta.

Muistisairaahan yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen huomioiminen edellyttää muistisairaahan tuntemista. Opinnäytetyössäni hoitajat pitivät muistisairaahan tuntemista tärkeänä osana hoitotyötä. Hoitajat kokivat muistisairaahan elämänhistorian tuntemisen antavan heille mahdollisuuden hyödyntää huumoria, muistelua ja laulamista päivittäisessä hoitotyössä. Häyhän (2013, 43) tutkimuksessa hoitajat kertoivat käyttävänsä huumoria parantamaan ilmapiiriä muistisairaiden hoitotyössä. Särkämön ym. (2011) tutkimuksen tulokset osoittivat, että säännöllisellä musiikin kuuntelulla ja laulamisella oli myönteisiä vaikutuksia muistisairaiden mielialaan ja vuorovaikutukseen. Opinnäytetyössäni ilmeni, että musiikin kuunteleminen yleensä lisää muistisairaiden hyvinvointia, mutta joskus se voi myös aiheuttaa aggressiivisuutta.

Opinnäytetyöni tulosten mukaan hoitajat ylläpitävät omaa taitoaan kohdata aggressiivisesti käyttäytyviä muistisairaita huolehtimalla omasta jaksamisestaan ja osaamisestaan. Puttonen ym. (2016, 23) toteavat yksilöllisesti joustavien työaikojen vaikuttavan myönteisesti työssä jaksamiseen ja työkykyyn. Vastavuoroisella joustamisella voidaan lisäksi parantaa kiireen hallintaa. Opinnäytetyössäni hoitajat kokivat ergonomisen työvuorosunnittelun parantavan jaksamista. Kaarlelan (2013, 56) tutkimuksessa ikääntyneiden parissa työskentelevien hoitajien työtyytyväisyyteen vaikuttivat hoitajan persoona, työn ja vapaa-ajan yhteensovittaminen, ammatillinen osaaminen sekä kehittämis- ja koulutusmahdollisuudet. Opinnäytetyössäni työhyvinvointia lisääväksi tekijäksi koettiin lisäksi oman työn ja työyhteisön arvostaminen.

8.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet

Palveluesimies kertoi opinnäytetyön herättäneen ajatuksia siitä, kuinka paljon kokeneilla hoitajilla on tietoa ja kokemusta pitkältä ajalta aggressiivisten muistisairaiden hoitamisesta ja kohtaamisesta. Samalla hän oli alkanut pohtimaan, kuinka he voisivat tätä tietotaitoa hyödyntää, kun suuri osa pitkän linjan hoitajista on jäämässä eläkkeelle. Yksi palveluasumisyksikön kehityskohteista on tällä hetkellä kirjaaminen. Työyhteisössä pohditaan, miten tätä hiljaista tietoa voisi kirjata ylös niin, että siitä olisi suurin hyöty niin asukkaille kuin uusille hoitajillekin. Työyhteisössä pidetään kehittämispäiviä, jolloin yhtenä teemana voisi olla hiljaisen tiedon levittäminen ja uusien nuorien hoitajien ”kouluttaminen” heidän omien kokemustensa ja osaamisensa kautta.

Jatkotutkimushaasteena nousi haastatteluissa esille haastavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaahan kohtaamiseen liittyvä lisäkoulutus, joka olisi suunniteltu vastaamaan nimenomaan tämän yksikön tarpeita. Hoitajilla on paljon muistisairaiden kohtaamiseen liittyvää hiljaista tietoa, jota ei ole kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Haastattellessani hoitajia kysyin heiltä, miten he hyödyntävät kirjauksia ja esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa päivittäisessä työssään. Hoitajat kertoivat, että hoito- ja palvelusuunnitelma on enemmänkin pitkän aikavälin suunnitelma, jonka jokainen omahoitaja tekee omista asukkaistaan. Haastatteluissa tuli esille, että hoitajat voisivat ajatella hyödyntävänsä hoito- ja palvelusuunnitelmia tehokkaammin kirjaamalla sinne hiljaista tietoa, jota tällä hetkellä jakavat toisille hoitajille suullisesti. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa hoitajille lisäkoulutusta, jonka avulla he voivat ylläpitää ammattitaitoaan ja kehittää työtapojaan. Opinnäytetyön tuloksista voi olla apua myös pohdittaessa hoitajien työn kuormittavuutta ja kehitettäessä hoitajien ja muistisairaiden yhteistyön sujuvuutta.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyöni tulosten pohjalta esitän seuraavia johtopäätöksiä:

1. Muistisairailla esiintyy fyysistä ja verbaalista aggressiivisuutta heidän kokiessaan turvattomuuden tunnetta.
2. Hoitajat voivat vahvistaa muistisairaan turvallisuuden tunnetta rauhallisella lähestymistavalla, arvostavalla kohtaamisella ja aidolla läsnäololla.
3. Muistisairaan yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen huomioiminen edellyttää tietoja hänen elämänhistoriastaan. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa voitaisiin hyödyntää nykyistä enemmän muistisairaan hoidon suunnittelussa ja aggressiivista käyttäytymistä lisäävien tilanteiden ennaltaehkäisyssä.
4. Hoitajien oma hyvinvointi ja osaaminen vaikuttavat heidän kykyynsä kohdata aggressiivisesti käyttäytyviä muistisairaita.

LÄHTEET

- Ala-Poikela, A. & Ravantti, M. 2014. Työn koherenssin tunne työhyvinvoinnin mittarina. Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/59546/Ala-Poikela.Anna%26Ravantti.Mikko.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Viitattu 4.2.2018.
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus. 4. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.
- Appelhof, B., Bakker, C., Van Duinen-van Den IJssel, J., Zwijsen, S., Smalbrugge, M., Verhey, F., Koopmans, R. 2018. Differences in neuropsychiatric symptoms between nursing home residents with young-onset dementia and late-onset dementia. Saatavissa: https://www.rug.nl/research/portal/files/54234059/Differences_in_neuropsychiatric_symptoms_between_nursing_home_residents_with_young_onset_dementia_and_late_onset_dementia.pdf. Viitattu 2.3.2018.
- Atula, S. 2015a. Lewyn kappale -tauti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105. Viitattu 22.1.2018.
- Atula, S. 2015b. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106. Viitattu 21.1.2018.
- Alzheimer's Disease International. 2015. World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. Saatavissa: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>. Viitattu 2.3.2018.
- Alzheimer's Society. 2018. Aggression. Saatavissa: <https://www.alzheimers.org.uk/info/20064/symptoms/92/aggression>. Viitattu 5.4.2018.
- Barbosa, A., Lord, K., Blighe, A. & Mountain, G. 2017. Dementia Care Mapping in long-term care settings: A systematic review of evidence. Saatavissa: https://bradscholars.brad.ac.uk/bitstream/handle/10454/12123/barbosa_et_al_2017-ip.pdf?sequence=3. Viitattu 4.3.2018.
- Cooney, A. & O'Shea, E. 2018. The impact of life story work on person-centered care for people with dementia living in long-stay care settings in Ireland. Saatavissa: <http://journals.sagepub.com.ezproxy.centria.fi/doi/pdf/10.1177/1471301218756123>. Viitattu 2.3.2018.
- Ekblad, L. 2018. Insulin resistance, cognition and brain amyloid accumulation. University of Turku. Faculty of Medicine. Department of Geriatrics. Thesis for doctoral degree. Saatavissa: <http://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/144380/AnnalesD1331Ekblad.pdf?sequence=1>. Viitattu 26.2.2018.
- Elo, S., Saarnio, R. & Isola, A. 2013. Hoitajien näkemyksiä muistisairaana fyysisestä hoitoympäristöstä. Tutkiva hoitotyö 11(3), 17–25.
- Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2011. Mielen muutos pitkäaikaishoidossa. Käyttösoireiden hoidosta muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Saatavissa: http://www.vtkl.fi/document/1/1519/d505fb7/Mielenmuutos_Raportti_3_Indd.pdf. Viitattu 27.2.2018.

Eloranta, S. 2013. Parasta mitä voimme toiselle ihmiselle antaa on aito kohtaaminen. Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=19&issue=2013-02&lang=fi>. Viitattu 9.3.2018.

Erkinjuntti, T. 2011. Muistioireet, lievä kognitiivinen heikentyminen ja dementia. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/1/duo99264>. Viitattu 27.2.2018.

Erkinjuntti, T. 2016. Alzheimerin taudin kulku. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix00516>. Viitattu 12.3.2018.

Erkinjuntti, T., Melkas, S. & Jokinen, H. 2014. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 276–280.

ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisu+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab/ETENE-julkaisu+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf.pdf>. Viitattu 6.3.2018.

Finne-Soveri, H. 2015. Vanhuksen pitkäaikaisen kivun hoito on rätätalin ja salapoliisin sarkaa. Saatavissa: http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/vanhuksen-pitkaaikaisen-kivun-hoito-on-raatalin-ja-salapoliisin-sarkaa. Viitattu 27.2.2018.

Gjerberg, E., Hem, M., Forde, M. & Pedersen, R. 2013. How to avoid and prevent coercion in nursing homes. Saatavissa: <http://journals.sagepub.com.ezproxy.centria.fi/doi/full/10.1177/0969733012473012>. Viitattu 3.3.2018.

Habiger, T., Flo, E., Achtenberg, W. & Husebo, B. 2016. The Interactive Relationship between Pain, Psychosis and Agitation in People with Dementia: Results from a Cluster-Randomised Clinical Trial. Saatavissa: <https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/15671/7036415.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Viitattu 1.3.2018.

Hallikainen, M. 2014. Alzheimerin tauti – yleisin muistisairaus. Teoksessa M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 264–267.

Hallikainen, M. 2017. Yleisimmät etenevät muistisairaudet. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre & T. Nukari (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 225–233.

Hallikainen, M. & Nukari, T. 2017. Kivun arviointi ja hoito. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre & T. Nukari (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 155–160.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2014. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kirjayhtymä Oy.

Holopainen, A. & Siltanen, H. 2015. Katsaus muistisairaiden ihmisten elämänlaatuun vaikuttavista tekijöistä. Saatavissa: https://www.muistiliitto.fi/application/files/5914/8666/3682/Julkaisusarja_1-2015_kansitettu_raportti.pdf. Viitattu 27.2.2018.

- Holst, A. & Skär, L. 2017. Formal caregivers' experiences of aggressive behaviour in older people living with dementia in nursing homes: A systematic review. Saatavissa: <http://europepmc.org/abstract/med/28664607>. Viitattu 3.3.2018.
- Hotus. 2015. Hoitohenkilökunnan käsityksiä ikääntyneiden hoitotyön nykytilasta -raportti. Saatavissa: http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSRAPORTTI_1_2015.pdf. Viitattu 2.1.2018.
- Hultqvist, A. 2013. Hoitajien toimintamallit iäkkään muistisairaahan henkilön hoitotyössä. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201311011841.pdf>. Viitattu 4.1.2018.
- Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypä hoito -suositus. Voutilainen, P. & Löppönen, M. 2016. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix01676>. Viitattu 1.4.2018.
- Hyvärinen, M. 2017. Haastattelun maailma. Teoksessa M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvuori (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Vastapaino, 11–45.
- Håkansson, K. 2016. The role of socio-emotional factors for cognitive health in later life. Karolinska institutet. Department of neurobiology, care sciences and society. Thesis for doctoral degree. Saatavissa: https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/45326/Thesis_Krister_H%C3%A5kansson.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 9.1.2018.
- Hänninen, T. 2014. MMSE-testi. Teoksessa M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 39.
- Härmä, H. & Juva, K. 2013a. Otsa-ohimolohkorappeuma & siitä johtuvat muistisairaudet. Saatavissa: <https://www.muistiliitto.fi/application/files/9015/1263/4778/Otsa-ohimolohkorappeuma.pdf>. Viitattu 22.1.2018.
- Härmä, H. & Juva, K. 2013b. Verisuoniperäinen muistisairaus. Saatavissa: https://www.muistiliitto.fi/application/files/9515/1385/4980/Verisuoniperainen_muistisairaus.pdf. Viitattu 1.4.2018.
- Häyhä, L. 2013. Hoitajien näkemyksiä huumorista muistisairaiden ihmisten hoitotyössä. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201311201888.pdf>. Viitattu 21.1.2018.
- Hölttä, E. 2017. Neuropsychiatric symptoms in dementia and delirium. University of Helsinki. Department of General Practice and Primary Health Care. Thesis for doctoral degree. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/228327/Neuropsych.pdf?sequence=1>. Viitattu 21.1.2018.
- Jaatinen, M. 2017. Iäkkään muistisairaahan terveyteen liittyvä elämänlaatu tehostetussa palveluasumisessa. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/102335/1511184672.pdf?sequence=1>. Viitattu 1.4.2018.
- Joanna Briggs Institute. 2017. Challenging behaviours (Older People with Dementia in Residential Care): Case Conferences. Best Practice. Saatavissa: <http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.centria.fi/sp->

3.28.0a/ovidweb.cgi?&S=IJIEPDACLEHFNGJAFNFKKFOFJGCIAA00&Link+Set=S.sh.44%7c73%7csl_190. Viitattu 25.2.2018.

Joanna Briggs Institute. 2014. Omaisten osallistuminen muistisairautta sairastavan henkilön hoitoon liittyvään päätöksentekoon laitoshoidossa. Best Practise 18(2). Saatavissa: http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2014_02_1.pdf. Viitattu 25.2.2018.

Juva, K. 2015. Alzheimerin tauti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699. Viitattu 4.2.2018.

Juva, K. & Eloniemi-Sulkava, U. 2015. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 520–529.

Juva, K. & Pöyhönen, M. 2017. Harvinaisempia muistisairauksia. Saatavissa: <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/harvinaisempia-muistisairauksia>. Viitattu 1.4.2018.

Kaarlela, K. 2013. Sairaanhoidajien työtyytyväisyys vanhustyössä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130261/urn_nbn_fi_uef-20130261.pdf. Viitattu 4.3.2018.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 3. – 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvelukuntayhtymä Soite. Saatavissa: <http://www.soite.fi/sivu/soite>. Viitattu 16.2.2018.

Kuntaliitto. 2017. Asumispalvelut ja laitoshoido. Saatavissa: <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/asumispalvelut-ja-laitoshoido>. Viitattu 1.4.2018.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä. 28.12.2012/980. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. Viitattu 27.2.2018.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 14.2.2018.

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä. 817/2015. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150817>. Viitattu 14.2.2018.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 22.9.2000/812. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>. Viitattu 14.2.2018.

Laurila, J. 2015. Iäkkään potilaan sekavuusoireyhtymän eli deliriumin hoito. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/aho/koti?p_haku=akuuttihoito-opas. Viitattu 8.2.2018.

Laurila, J., Pitkälä, K. & Erkinjuntti, T. 2015. Sekavuustila. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Teoksessa Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 218–230.

- Lindbo, A., Gustafsson, M., Isaksson, U., Sandman, P. & Lövheim, H. 2017. Dysphoric symptoms in relation to other behavioral and psychological symptoms of dementia, among elderly in nursing homes. Saatavissa: <https://bmcegeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0603-4>. Viitattu 27.2.2018.
- Lillekroken, D., Hauge, S. & Slettebø, Å. 2015. The meaning of slow nursing in dementia care. Saatavissa: <http://journals.sagepub.com.ezproxy.centria.fi/doi/full/10.1177/1471301215625112>. Viitattu 25.2.2018.
- Lilljegen, M., Landqvist Waldö, M. & Englund, E. 2017. Physical aggression among patients with dementia, neuropathologically confirmed post-mortem. Saatavissa: <https://doi.org/10.1002/gps.4777>. Viitattu 22.1.2018.
- Martikainen, K. 2016. Otsa-ohimolohkorappeuma eli FTD. Saatavissa: <https://www.parkinson.fi/otsa-ohimolohkorappeuma-eli-ftd>. Viitattu 27.2.2018.
- Miller, M. 2015. The role of sleep and sleep disorders in the development, diagnosis, and management of neurocognitive disorders. Saatavissa: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2015.00224/full>. Viitattu 26.2.2018.
- Moilanen, H. 2017. Lääkkeettömistä hoidoista apua muistisairauksiin. Vanhustyö (2), 10–11.
- Muistiliitto. 2016. Hyvän hoidon kriteeristö. Saatavissa: https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf. Viitattu 27.2.2018.
- Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50044>. Viitattu 3.2.2018.
- Muistipotilaiden käytösoireet. Käypä hoito -suositus. 2016. Muistisairauksien käypä hoito -työryhmä. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix01592&suositusid=hoi50044>. Viitattu 5.4.2018.
- Mönkäre, R. 2014. Muistisairauden vaikutukset ihmissuhteisiin ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. M. Forder (toim.) Muistisairaankuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 67–84.
- Mönkäre, R. 2017. Vuorovaikutus ja ohjaaminen. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre & T. Nukari (toim.) Muistisairaankuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 38–51.
- Nukari, T. 2017. Asuinympäristö. Teoksessa T. Nukari (toim.) Muistisairaankuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 88–97.
- Paimensalo-Karell, I. 2014. Hiljainen tieto pääomaksi ikääntyneiden hoitotyössä – hoitohenkilöstön kokemuksia. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma Saatavissa:

https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/101891/Irmeli_Paimensalo_Karell_Gradu_2014.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Viitattu 14.2.2018.

Pirhonen, J., Tiilikainen, E. & Lemivaara, M. 2016. Yksin yhteisössä – tutkimuskohteena tehostettu palveluasuminen. *Gerontologia*. 30 (3), 119–129.

Pohjavirta, H. 2012. Onko tänään eilen. TunteVa -opas muistisairaita hoitaville. Tampere: Tampereen Kaupunkilähetys ry.

Pohjavirta, H. 2017. Muistiryhmän ohjaajan opas. Tuntevan tapaan. Saatavissa: https://www.muistiliitto.fi/application/files/6215/1333/9903/Tunteva_Muistiryhman_ohjaajan_opas_web.pdf. Viitattu 15.1.2018.

Puttonen, S., Husu, M. & Pahkin, K. 2016. Työhyvinvointi paremmaksi. Saatavissa: http://www.tyoelama2020.fi/files/1353/TTL_Tyohyvinvointi_paremmaksi_kannet_22062016.pdf. Viitattu 4.2.2018.

Ranta, J. & Kuula-Luumi, A. 2017. Haastattelun keruun ja käsittelyn ABC. M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvuori (toim.) Teoksessa Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Vastapaino, 413–426.

Remes, A., Haanpää, R., Suhonen, N., Jutila, A. & Solje, E. 2018. Otsalohkodementia – salakavala sairaus. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/otsalohkodementia-ndash-salakavala-muistisairaus/?public=989ddb04b2fb7e544f635e3c5501f7d5>. Viitattu 5.4.2018.

Remes, A. & Hallikainen, M. 2016. Alzheimerin tauti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00879&p_haku=alzheimerin%20tauti. Viitattu 8.2.2018.

Remes, A., Hallikainen, M. & Erkinjuntti, T. 2015. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 119–136.

Riekkinen-Tuovinen, S. 2018. Sosiokulttuurista vanhustyötä paikantamassa: tutkimus erilaisissa vanhusten asuinympäristöissä. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Väitöskirja. Saatavissa: http://publications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2703-3/urn_isbn_978-952-61-2703-3.pdf. Viitattu 25.2.2018.

Sipiläinen, H. 2016. Hoitohenkilökunnan käsityksiä vanhusten kaltoinkohtelusta ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Saatavissa: http://publications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2132-1/urn_isbn_978-952-61-2132-1.pdf. Viitattu 21.1.2018.

Skurnik-Järvinen, H. 2013. Ratkaise työpaikan ongelmatilanteet. Helsinki: Helsingin seudun kauppakamari.

Soite. 2017. Tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon kriteerit 1.2.2017 alkaen. Saatavissa: http://www.soite.fi/sivu/media/Tehostetun_palveluasumisen_ja_laitoshoidon_kriteerit.pdf/format-pdf. Viitattu 21.2.2018.

Suhonen, J. & Martikainen, K. 2012. Parkinsonin taudin muistisairaus. Kun ajatuskin jähmettyy. Saatavissa:

https://www.parkinson.fi/sites/default/files/Parkinsonin_taudin_%20muistisairaus_web12_0.pdf. Viitattu 22.1.2018.

STM. Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt. Saatavissa: <http://stm.fi/asumispalvelut-asunnon-muutostyot>. Viitattu 5.4.2018.

STM. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNB%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 21.1.2018.

STM. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 17.2.2018.

Särkämö, T., Laitinen, S., Numminen, A., Tervaniemi, M., Kurki, M. & Rantanen, P. 2011. Muistaakseni laulan: musiikin käyttö muistisairaiden mielialan, elämänlaadun ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemisessa. Saatavissa: https://www.miinasillanpaa.fi/wp-content/uploads/2015/01/Muistaakseni_laulan-tutkimusraportti.pdf. Viitattu 21.1.2018.

Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130427/urn_nbn_fi_uef-20130427.pdf. Viitattu 17.2.2018.

THL. 2018. Muistisairauksien yleisyys. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>. Viitattu 2.3.2018.

THL. 2017. Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2016. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/sosiaalihuollon-laitos-ja-asumispalvelut>. Viitattu 1.4.2018.

Tiikkanen, P. & Voutilainen, P. 2009. Gerontologisen hoitotyön tulevaisuus. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkanen (toim) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 364–371.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>. Viitattu 8.1.2018.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Työterveyslaitos. Työhyvinvointi. Saatavissa: <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/>. Viitattu 4.1.2018.

Työturvallisuuslaki. 23.8.2002/738. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738#L5P25>. Viitattu 4.2.2017.

Utriainen, K., Ala-Mursula, L. & Virokangas, H. 2011. Näkökulmia sairaanhoitajien työhyvinvointiin. Tutkiva hoitotyö 9(1), 29–36.

- Valvira. 2016. Kaltoinkohtelu ympärivuorokautisissa vanhustenhuollon yksiköissä työntekijöiden havainnoimana. Saatavissa: https://www.valvira.fi/documents/14444/1835702/Selvityksia_kaltoinkohtelu_vanhustenhuollon_yksikoissa.pdf/e530024a-9274-4cc1-b651-5d5c03a9661c. Viitattu 19.3.2018.
- Vataja, R. 2014. Muistisairaahan käyttäytymisen muutosten syyt. Teoksessa M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 47–48.
- Vataja, R. 2017. Käyttäytymisen muutokset. Teoksessa T. Nukari (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 53–74.
- Vataja, R. & Koponen, H. 2015. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 90–98.
- Viemerö, V. 2006. Aggressio ja aggressiivisuus. Saatavissa: <file:///C:/Users/carin/Downloads/56593-Artikkelin%20teksti-55844-1-10-20160418.pdf>. Viitattu 31.1.2018.
- Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 11–12.
- WHO. 2012. Dementia: a public health priority. Saatavissa: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf. Viitattu 3.1.2018.

KESKI-POHJANMAAN SOSIAALI- JA
TERVEYSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Tutkimuslupapäätös
Johtajaylihoitaja

5.12.2017

45 §

ASIA

Tutkimuslupa Lahti Carina. Hoitajien kokemuksia aggressiivisesti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisesta hoitotyössä

PÄÄTÖS

Hyväksyn anotun tutkimusluvan.

ESITYKSEN TEKIJÄ

PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ



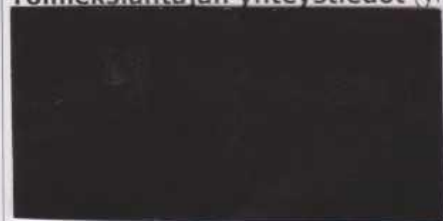
Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä
Johtajaylihoitaja

OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

Opinnäytetyön tekijä	Aloituspäivämäärä
Carina Lahti	15.1.2017
Koulutusohjelma	
Hoitotyön koulutusohjelma	
Koulutusohjelman yliopettaja	Opinnäytetyön ohjaaja
Annukka Kukkola	Anne Prest
Opinnäytetyön työnimi (aihe)	
Hoitajien kokemuksia aggressiivisesti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisesta hoitotyössä	
Tutkimusongelma/kehittämistehtävä	
Millaista aggressiivista käyttäytymistä muistisairailla esiintyy hoitajien kokemana? Millaisiin tilanteisiin muistisairaana aggressiivinen käyttäytyminen liittyy? Miten hoitajat kohtaavat aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaana? Millaisilla tavoilla hoitajat ylläpitävät omaa taitoaan kohdata aggressiivisesti käyttäytyviä muistisairaita?	
Opinnäytetyön tavoite ja raja-alue/tutkimustulokset	
Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia aggressiivisesti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisesta hoitotyössä. Tavoitteena on, että opinnäytetyön tulokset herättävät hoitajia ennakoimaan tilanteita ja pohtimaan omia taitojaan aggressiivisesti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisessa.	

OPINNÄYTETYÖSOPIMUS
Opinnäytetyön alustava aikataulu (pvm:t kuukauden tarkkuudella)

Aloituspalaveri (ohjaaja, työn tekijä, työelämäohjaaja) [1/2017]
 Toteutussuunnitelman esittäminen [5/2017]
 Väliraportointi [11/2017]
 Ohjaajan tarkastus ja/tai loppupalaveri [1/2018]
 Opinnäytetyön hyväksyttäväksi jättäminen [3/2018]
 Opinnäytetyön seminaariesitys [4/2018]
 Kypsyyskoe [5/2018]

Toimeksiantajan yhteystiedot (yritys, yhteyshenkilön nimi, osoite, puhelin, sähköposti)


Tämä sopimus on laadittu kolmena kappaleena. Sopimuskappaleet toimitetaan opinnäytetyön tekijälle, toimeksiantajalle sekä työn ohjaajalle. Centria-ammattikorkeakoulun opiskelija sitoutuu tekemään toimeksiantajan toimeksiannosta edellä mainitusta aiheesta opinnäytetyön 31.5.2018 mennessä.

Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön työssä tarvittavaa tietoa sekä arvioimaan opinnäytetyön valmistuttua sen hyödynnettävyyttä toiminnassaan.

Tämän sopimuksen osapuolet ovat velvolliset pitämään salassa kaiken, mitä he toimeksiannon yhteydessä ovat saaneet tietoonsa asioista, joita voidaan pitää toisen sopijapuolen liikesalaisuutena. Opinnäytetyö käydään läpi ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa ja se on julkinen asiakirja. Toimeksiantajan tulee erikseen pyytää työn salausta.

Ammattikorkeakoulu ei vastaa opinnäytetyön tekijän mahdollisesti aiheuttamasta haitasta tai vahingosta.

Päiväys

24. 11. 2017

Työelämäohjaajan allekirjoitus
Opiskelijan allekirjoitus
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus

Arne Prest

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. Millaista aggressiivista käyttäytymistä olet kokenut hoitaessasi muistisairaita?
 - millaista verbaalista aggressiivisuutta?
 - millaista fyysistä aggressiivisuutta?
 - muunlaista, millaista?

2. Mihin muistisairaahan aggressiivisuus on kohdistunut?
 - häneen itseensä
 - hoitajaan/muuhun henkilökuntaan
 - puolisoon/läheiseen
 - toiseen asukkaaseen
 - muuhun, mihin?

3. Millaisiin tilanteisiin muistisairaiden aggressiivinen käytös on liittynyt?
 - hoitotoimet
 - ymmärretyksi tuleminen
 - päivärutiinit
 - vuorokausirytmii
 - muiden asukkaiden seurassa oleminen
 - omaisten läsnäollessa
 - yksin omassa huoneessa

4. Miten olet kokenut ympäristön vaikuttavan muistisairaahan aggressiivisuuteen?
 - valaistus, äänet, värit, lämpötila
 - pelot, aistimuutokset
 - ilmapiiri
 - muu, mikä?

5. Millaisia asioita huomioit valmistautuessasi kohtaamaan aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaahan?

- luottamus (turvallisuus, kiireettömyys, ymmärtävä kohtaaminen)
- arvostaminen (toiveet, mielipiteet, tunteet)
- kunnioitus (kuunteleminen, hyväksyminen)
- tilanteiden ennakointi
- terapeuttiset menetelmät
- hoito- ja palvelusuunnitelman merkitys, kirjaukset
- omaisten, läheisten rooli

6. Millaisten asioiden olet kokenut vähentäneen muistisairaahan aggressiivista käyttäytymistä?

- sanattoman viestinnän keinot
- musiikki
- käsillä tekeminen, taidetoiminta
- liikunta, ulkoilu
- ympäristö
- sanallisen viestinnän keinot
- identiteetin vahvistaminen
- muistot, menneistä asioista puhuminen
- yksinkertaiset ilmaukset

7. Millaisilla tavoilla ylläpidät omaa työssäjaksamistasi?

- koulutus
- vahvuudet ja osaaminen
- työhyvinvointi
- harrastukset

8. Millaiset asiat ylläpitävät ja lisäävät työssä viihtymistä?

- selkeä toimenkuva, perehdytys
- yhteiset pelisäännöt
- hoitotyön laatu
- työilmapiiri

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Opiskelen Centria Ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia aggressiivisen muistisairaahan kohtaamisesta hoitotyössä. Tavoitteena on, että opinnäytetyöni tulokset herättävät hoitajia ennakoimaan tilanteita ja pohtimaan omia taitojaan aggressiivisesti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisessa.

Toteutan opinnäytetyöni teemahaastatteluina, jotka nauhoitan myöhempiä analysointia varten. Osallistuminen haastatteluun on Teille täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista. Henkilöllisyytenne ei tule missään vaiheessa esille. Teillä on oikeus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietoja tai keskeyttää tutkimus halutessanne. Tutkimuksen tekemiseen olen saanut asianmukaisen luvan. Tutkimustietoja en luovuta kenellekään ulkopuoliselle, vaan säilytän ne lukitussa paikassa ja hävitän haastatteluissa nauhoittamani materiaalin analysoinnin jälkeen.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii lehtori Anne Prest Centria Ammattikorkeakoulusta ja työelämän yhteyshenkilö on . Opinnäytetyöni arvioitu valmistumisaika on keväällä 2018. Valmis opinnäytetyö on luettavissa sähköisesti Internetissä osoitteessa www.Theseus.fi

Vastaan mielelläni kaikkiin opinnäytetyötäni koskeviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin

Carina Lahti
Sairaanhoitajaopiskelija
Centria AMK

LIITE 5

1. Millaista aggressiivista käyttäytymistä muistisairailta esiintyy hoitajien kokemana?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Pääkategoria
yritetään pukata pois tai joskus yrittää purra tai lyyä	aggressiivinen estäminen	fyysistä aggressiivisuutta	fyysistä ja verbaalista aggressiivisuutta
potkitaan, tarrataan kiinni, yritetään purra	fyysinen vahingoittaminen		
onhan se puremista ja lyömistä, sylkemistä	fyysinen aggressiivisuus		
No kaikenlaista lyömistä, potkimista, sylkemistä, räpäimistä. Ihan että tönittää.	monenlaista fyysistä aggressiivisuutta		
kun ei sanallisesti enää pysty niin sitte tulee ne nyrkit ja kynnet	aggressiivinen käytös kommunikaation välineenä		
on raavittu, potkittu, kuristettuki kerran, vedetty hiuksista, syljetty päälle	monin eri tavoin hoitajan vahingoittaminen fyysisesti		
yhtäkkiä vaan huomasi, että oon siellä makuuhuoneen nurkassa ja se tulee kepin kans näin	kepillä uhkailu		
tietenki tämmöstä haukkumista ja haukkumanimityksiä	nimittely	verbaalista aggressiivisuutta	
sanallisestikin voi uhkailla ja rumasti nimitellä	uhkailu ja nimittely		
joskus jotaki kiro sanoja tulee ja tämmöstä	kiroilu		
on ollu jotaki huorittelua, mutta aika vähän	nimittely		
sanallista ei ehkä enää niin paljo, mutta joskus tulee joku huora tai tämmönen	nimittely		

nimittelyä, rumia sanoja, mutta enemmän varmaan huutamista ja karjumista	huutaminen		
--	------------	--	--

LIITE 6/1

2. Millaisiin tilanteisiin muistisairaahan aggressiivinen käyttäytyminen liittyy?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Pääkategoria
kaikista suurin on ne vessakäynnit, suihkutukset, se on se asukkaan intiimialue	wc-käynnit, suihkutukset	kehon paljastuminen	Turvattomuuden tunne
lähinnä ne on pesutilanteita	pesutilanteet		
riisuminen ja pukeminen aiheuttaa semmosta hankaluutta, mutta kyllä ne on yleensä ne pesutilanteet, ehkä vessareissut	riisuminen, pukeminen, pesutilanteet, wc-käynnit		
se on se alapään pesu että sinne ei mennä	pesut		
kyllä on välillä jotku pesutilanteet semmosia	pesutilanteet		
ei ymmärrä sitä että riisutaan kaikki	kehon paljastaminen		
lähinnä just nämä avustamistilanteet eli aamu- ja iltatoimet ja suihku	avustamistilanteet, aamu- ja iltatoimet ja suihku		
ne on justiin ne wc-tilanteet ja pukemiset	wc-käynnit ja pukeminen		
eniten ehkä niissä hoitotilanteissa tai syöttämisissä tai kun kävelyttää niin siinä	hoitotilanteet, syöttäminen, kävelyttäminen	kipu ja kehon hallinnan haasteet	
yleensä jos pitää joku hoitotoimenpide tehdä	hoitotoimenpiteet		
jos on kipuja niin silloinhan voi ihan yksinki siellä vuoteessa äristä ja	kipu		

jos menee lähelle niin alkaa jalkaa tulemaan			
joskus voi olla vaan kipeä ja ihan vaan sen takia kiukkunen	kipu		

LIITE 6/2

tosiaan kipu ja sitte siinä se pelko tulee aggressiivisuutena	kipu ja pelko		
saattaa olla ruokailu, saattaa olla kävelytystilanteessa	ruokailu, kävelyttäminen		
sattuuhan joskus jossain syöntitilanteessa, mutta se on harvinaisempaa	syöminen		
saa mennä väliin niinkö ruokailutilanteessaki, kun on kaks samanlaista niin ne ärsyttää toisiaan	ruokailu, asukas provosoituu toisen asukkaan toiminnasta	muuttuvan ympäristön hahmottaminen	
on niitä muutamia, jotka valvoo öisin paljo ja kulkee sitte toisten huoneissa, siitähän ne hermostuu sitte, ku hoitaja ohjaa pois jonku toisen huoneesta	valvominen öisin ja kulkeminen toisten huoneissa		
jotku on aamu-unisia eikä tykkää sitte siitä että tullaan herättelemään	aamu-unisen herätteleväminen		
toinen jotaki niinkö ääntelee ja toinen ärsyyntyy siitä	provosoituu toisen asukkaan ääntelystä		
jos toinen ääntelee jotaki niin toinen huutaa ja se on semmosta niillä keskenään	asukkaat provosoituvat toistensa ääntelystä		

jos on kaks jotka kummatki pitää ääntä niin se on semmonen aiheuttaja että siitä se lähtee sitte	asukkaat provosoituvat toisensa ääntelystä		
joskus harvoin on sattunu että joku on mennyy toisen huoneeseen ja se sitte yrittää pukata sen pois sieltä	toinen asukas tulee reviirille		

LIITE 6/3

on se varmasti sekin, että jos ei ymmärrä viestiä että jos puhe ei mee niinkö perille, vaikka yrittää selittää	ei ymmärrä puhetta		
--	--------------------	--	--

3. Miten hoitajat kohtaavat aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaana?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Pääkategoria
kyllä se pitäis olla aina semmoinen rauhallinen lähestymistapa	rauhallinen lähestymistapa	rauhallinen lähestymistapa	Turvallisuuden tunteen vahvistaminen
yrittää mennä oikeen rauhallisesti ja selittää mitä tehdään ja miks mennään ja kaikkia tämmöistä	rauhallinen lähestyminen, kertoo mitä tehdään		
pyritään semmoseen rauhallisuuteen ja lempeyteen, niin lempeesti puhumiseen	rauhallisuus ja lempeys		
no yrittää olla rauhallinen ja olla niinkö ihminen ihmiselle ja olla niinkö lähellä ja koskettaaki	läheisyys ja kosketus		
silleen niinku lempeesti puhua ja pitää sen tilanteen rauhallisena	lempeä puhe		
lähestymällä todella rauhallisesti	rauhallinen lähestyminen		
justiin se mitä sanoo ja miten toimitaan, että on rauhallinen ja näin käyttäytyy itse siinä tilanteessa	rauhallinen käytös		
semmoinen kiireettömyys	kiireettömyys		

ei semmosta liikaa häsläystä, ei puhuta liikaa	rauhallisuus		
ammattillisuus ja varmuus on semmonen työn suoja, niin se on se kokemus	ammattillisuus ja varmuus	kokemuksen tuoma varmuus	
jos on tosi varma eikä pelkää niin ne myös on semmosia niinkö luottavaisia	varmuus lisää luottamusta		

LIITE 7/2

pitäis olla tuttu, turvallinen sama hoitaja tai hoitajat	tuttu ja turvallinen hoitaja	oman ja asukkaan turvallisuuden huomioiminen	
hoidetaan kahdestaan, jos on oikeen aggressiivinen, se on semmonen turvallisuusjuttu, että ei mennä yksin niihin tilanteisiin	tarvittaessa kaksi hoitajaa turvallisuuden vuoksi		
ellei heti onnistu niin sitte vähän ajan päästä voi yrittää uudelleen	joustavuus		
jos on kovin levoton ja huutava ja heittelee tavaroita niin ootan sitte ennemmin sitä että rauhoittuu	annetaan aikaa rauhoittua		
jos on oikeen aggressiivinen, niin ei siihen tartte jäädä ja väkisin ruveta, katotaan vaikka hetken kuluttua	siirretään toimintaa		
pitää olla aikaa antaa rauhoittua ja mennä sen kohtausten ohi	aikaa rauhoittumiseen		
olla siinä vaan läsnä, istua vieressä ja silittelee ja kampa vaikka hiuksia	läsnäolo, läheisyys ja kosketus	aito läsnäolo ja arvostava kohtaaminen	
semmonen vieressä istuminen ja vaikka	läsnäolo		

olkapäästä pitäminen tai kädestä pitäminen, semmonen ihmisen kohtaaminen			
se että mää välitän susta ja pidän sua kädestä kiinni	läheisyys		
puhutaan selkeesti, katsotaan silmiin ja ihan niinku muutamalla sanalla mitä tehdään ja mitä ollaan tekemässä	läsnäolo ja selkeä puhe		

jos pystyy vaan yksin menemään niin saa paremman kontaktin siihen asukkaaseen	läsnäolo parempaa, kun yksi hoitaja		
kaikkein parasta olis että saisi yksin aina hoiattua	läsnäolo		
ihan kosketus, että jotaki pientä hierontaa ja tämmöstä	kosketus		
hymyillään ja katsotaan silmiin ja sanotaan että ei mitään hätää	arvostus		
toiset jotka tykkää musiikista saa paremmin lähtemään ku musiikki soi	musiikista voi olla apua	yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen huomioiminen	
lauletaan joo, nehän on just nää laulut, lorut, runot, niistähän ne tykkää mitä ne on lapsena laulaneet kansakoulussa	tutut laulut, lorut ja runot tuovat hyvää mieltä		
musiikkihan voi monelle olla hyvin tämmönen, että ku laitetaan musiikkia soimaan niin rentoutuu	musiikin avulla rentoutuu		
jos on lempilaulu tiedetty niin niitä on sitte laulettu, vaikka ei enää puhetta tuu niin ne laulun sanat monella tulee	muistaa lempilaulun sanat		
musiikkihan on kyllä hyvä, mutta sitte se saattaa jossain vaiheessa aiheuttaa sitä aggressiivisuutta	musiikki saattaa joillekin asukkaille aiheuttaa aggressiivisuutta		

jos ymmärtää huumoria, niin huumori voi laukasta sen tilanteen	huumori		
joskus voi heittää siihen jonku jutun niin alkaaki tää asukas nauramaan ja joo rentoutuu	huumori rentouttaa		
me tunnetaan nää asukkaat hyvin, ku ollaan kauan oltu samojen kanssa tässä, tiedetään minkälainen huumori tepsii kenelleki	tunnetaan asukkaan huumorintaju		
sehän on ihan mahtavaa, ku saa mummon laulamaan ja nauramaan, se on tämän työn niitä helmiä	laulaminen ja nauraminen		
puhutaan vaikka lapsista, muistoista ja menneistä ajoista	menneiden asioiden muisteleminen		
muistellaan, otetaan vaikka joku aihe mistä puhutaan, ne tykkää siitä ja muistavat ne näitä vanhoja asioita	muistelu		
jollakin tulee itkut aina, kun puhutaan niistä menneistä ajoista, ne enemmän aiheuttaa semmosta pahaa mieltä, surua tulee enempi.	muistot aiheuttavat surua		
meillä on kerätty tietoa elämänhistoriakansioon mistä asukas tykkää ja mitä ei voi sietää, niistä on apua	elämänhistoriakansio, tiedot asukkaan tavoista ja mieltymyksistä		
jokainen täyttää sillon ko tulee taloon niin semmosen elämänhistoriakansion, niin sitte puhuu niistä asioista mitkä on sille tuttuja ennestään	tietoa asukkaan historiasta		

4. Millaisilla tavoilla hoitajat ylläpitävät omaa taitoaan kohdata aggressiivisesti käyttäytyviä muistisairaita?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Pääkategoria
omaa jaksamista joo ja iloa tuo kaikki mitä ite tuolla puuhataan omissa oloissa, liikunta, ystävät, perhe, kaikki tämä	viettää vapaa-aikaa ystävien, perheen ja liikunnan parissa	harrastamalla mieleisiään asioita vapaa-aikana	huolehtimalla omasta jaksamisestaan ja osaamisestaan
liikuntaharrastus on varmaan semmonen	liikunta		
mulle se on se liikunta ja pianon soittaminen	liikunta ja pianon soittaminen		
mun täytyy päästä lenkille ja kuntosalille	lenkkeily ja kuntosalilla käyminen		
paljo pyöräillään, käyn kuntosalilla ja sitte jonku verran käsitöitä	pyöräily, kuntosalilla käyminen ja käsityöt		
omat harrastukset tai koti- ja puutarhatyöt, käsitöitä tykkään tehdä ja semmosta	omat harrastukset, koti- ja puutarhatyöt		
oon käyny vesijuoksemassa ja jumpassa ja tämmösessä	vesijuokseminen ja voimistelu		
en vie töitä kotiin, työ ja vapaa-aika on erillään	työ ja vapaa-aika erillään	huolehtimalla riittävästä levosta	
kyllä se lähtee omasta jaksamisesta, että jos sää ite jaksat hyvin ja sulla on hyvä olla niin sää myös jaksat näitä ja sulla on annettavaa	hyvinvoiva ihminen jaksaa hoitaa muita		
ergonominen työvuorosunnittelu, ei oo niitä ilta-aamuja ollenkaan	ergonominen työvuorosunnittelu		

meillä on hyvä porukka ja yhteishenki, oon aina tykänny olla täällä	oman työyhteisön arvostaminen	arvostamalla omaa työtä ja työyhteisöä	
siihen vaikuttaa hyvä esimies, hyvät työkaverit ja myös ite oot hyvä työkaveri, että minkälainen sun sisäinen säätö on	oman työyhteisön arvostaminen		
kaikki tekee niinku on päätetty ja sovittu, se auttaa aika paljoki sitä työntekoo	pidetään kiinni yhteisistä pelisäännöistä		
kyllä mää oon aina tykänny vanhuksista ja työkavereistaki, se on kai se joka tekee hyvän työilmapiirin	oman työn arvostaminen		
ikävätki asiat voi sanoa suoraan ja näitisti ei tuu riitoja ja semmosta pahan puhumista takanapäin	työkaverien arvostaminen		
pitkä kokemus näitten aggressiivisten kanssa	pitkä työkokemus	ylläpitämällä omaa ammattitaitoaan	
koulutus muistisairaitten kohtaamiseen tämmösten niinkö aggressiivisesti käyttäytyvien ja haasteellisten	lisäkoulutuksen avulla saatu erityisosaaminen		
oon aikoinaan käyny sen dementiatyön lisäkoulutuksen joka oli 12 opintopistettä	lisäkoulutuksen avulla saatu erityisosaaminen		
kun meillä on se hyvä ammattitaito ja koulutus, niin me tiedetään miten me heidän kanssa toimitaan	hyvä ammattitaito ja koulutus		

LIITE 8/3

<p>haasteellisesti käyttäytyvien kohtaamisen koulutus olis kyllä tosi tervetullutta, läheltä liippaavia on ollu, mutta niissä on yleensä aina ollu jotain semmosta mikä ei sitte sovi tänne kuitenkaan</p>	<p>toiveena omaan työhön räätälöidyt koulutukset</p>		
--	--	--	--